



Fernando Henrique Cardoso
Alejandro Foxley

(editores)



A MEDIO CAMINO

NUEVOS DESAFÍOS DE LA DEMOCRACIA Y
DEL DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA

Fernando Henrique Cardoso
Alejandro Foxley

(editores)



A MEDIO CAMINO

NUEVOS DESAFÍOS DE LA DEMOCRACIA Y
DEL DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA

COLECCION
CIEPLAN



EDITORES

Dirección de Colección CIEPLAN: Eugenio Tironi

Este libro forma parte del proyecto «Una nueva agenda económico-social para América Latina», ejecutado por la Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN), Chile, y el Instituto Fernando Henrique Cardoso (iFHC), Brasil. El proyecto fue financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Las informaciones y opiniones presentadas aquí son de responsabilidad de los autores y no comprometen a las instituciones asociadas al proyecto.

Coordinadores del proyecto: Patricio Meller y Simon Schwartzman.

Equipo ejecutivo: Sergio Fausto, Patricio Meller, Simon Schwartzman e Ignacio Walker.

A MEDIO CAMINO

Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina

© Uqbar editores, marzo 2009

© Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN), marzo 2009

ISBN: 978-956-8601-43-0

www.uqbareditores.cl

Av. Las Condes 7172 A

Teléfono: (56-2) 224 72 39

Dirección editorial: Isabel M. Buzeta Page

Edición a cargo de: Patricio González Ríos

Asistente editorial: Javiera Piriz Yaconi

Diseño de portada: Draft

Diagramación: Salgó Ltda.

Impresión: CyC Impresores

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

ÍNDICE

NUEVOS DESAFÍOS DE LA DEMOCRACIA Y DEL DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA <i>Fernando H. Cardoso y Alejandro Foxley</i>	9
--	---

DEMOCRACIA Y GOBERNABILIDAD

DEMOCRACIA DE INSTITUCIONES <i>Ignacio Walker</i>	43
DEMOCRACIA Y GOBERNABILIDAD <i>Simon Schwartzman</i>	71

GLOBALIZACIÓN

AMÉRICA LATINA FRENTE A LOS DESAFÍOS DE LA GLOBALIZACIÓN: ¿TODAVÍA HAY LUGAR PARA LA INTEGRACIÓN REGIONAL? <i>Pedro da Motta Veiga y Sandra Polonia Ríos</i>	105
CAMBIO CLIMÁTICO <i>Sérgio Abranches y Eduardo Viola</i>	159

POLÍTICAS Y PROBLEMAS ECONÓMICOS

CRECIMIENTO ECONÓMICO EN AMÉRICA LATINA <i>Patricio Meller y Gonzalo Valdés</i>	197
GOBERNABILIDAD MACROECONÓMICA Y DESARROLLO INSTITUCIONAL <i>Óscar Landerretche Moreno</i>	225

ECONOMÍA POLÍTICA DE LAS FINANZAS PÚBLICAS Y POLÍTICAS SOCIALES EN AMÉRICA LATINA	
<i>Mario Marcel y Elizabeth Rivera</i>	263
EL DESAFÍO DE LA INNOVACIÓN PARA LA AMÉRICA LATINA DE HOY	
<i>José Miguel Benavente H.</i>	313
PROBLEMAS Y DILEMAS DE LOS MERCADOS LABORALES LATINOAMERICANOS	
<i>Patricio Meller</i>	343
POLÍTICAS Y PROBLEMAS SOCIALES	
GASTO SOCIAL EN AMÉRICA LATINA: NIVEL, PROGRESIVIDAD Y COMPONENTES	
<i>Patricio Meller y Bernardo Lara</i>	371
INSTRUMENTOS ALTERNATIVOS PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL	
<i>Eduardo Fajnzylber y Andrea Repetto</i>	393
PROGRAMAS DE TRANSFERENCIAS CONDICIONADAS	
<i>Sonia Draibe</i>	445
SALUD: DE PACIENTES A CIUDADANOS	
<i>André Medici</i>	487
EDUCACIÓN Y RECURSOS HUMANOS	
<i>Simon Schwartzman</i>	551
VIOLENCIA URBANA, SEGURIDAD PERSONAL Y CRIMINALIDAD	
<i>Leandro Piquet Carneiro</i>	589
LAS REGIONES METROPOLITANAS EN AMÉRICA LATINA: POTENCIALIDADES, PROBLEMAS Y GOBERNABILIDAD	
<i>Simón Schwartzman</i>	625
LOS AUTORES	647
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	653

SALUD: DE PACIENTES A CIUDADANOS

André Medici

INTRODUCCIÓN	489
1. LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	491
1.1. El cuadro epidemiológico	491
1.2. La persistente heterogeneidad regional	493
1.3. Financiamiento y gastos en salud	495
1.4. El gasto público y su impacto en la equidad	500
2. LAS REFORMAS INCOMPLETAS DE SALUD	501
2.1. La economía política de las reformas	509
3. POLÍTICAS PARA AUMENTAR LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD	512
3.1. La universalización y la jerarquía de los principios constitucionales ..	514
3.2. El público y el privado: reinterpretando las evidencias	517
3.3. La ética de la función pública	520
3.4. Financiamiento para la universalización con equidad y calidad	523
3.5. Descentralización y regionalización en salud	528
3.6. El acceso a medicamentos e insumos esenciales	531
3.7. Las funciones esenciales de salud pública y la coordinación intersectorial	533
3.8. Gestión, capacitación y remuneración de recursos humanos	537
3.9. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y la participación ciudadana: una carretera de doble vía	541
3.10. Globalización, mercados regionales y rol de las agencias de desarrollo	543
4. AGENDAS PARA DETERMINAR PRIORIDADES	545
REFERENCIAS	547

INTRODUCCIÓN

Mejores condiciones de salud, reflejadas en el aumento de la expectativa de vida con calidad, ha sido uno de los más notables progresos de la humanidad en los últimos cien años. Aunque no se sabe con seguridad cuál fue el factor que condujo a estos progresos, es muy probable que haya sido el resultado de una combinación de mejoras en las condiciones de vida y trabajo de las personas y, posteriormente, en los avances de la atención médica.

Los países de América Latina y el Caribe (ALC) han sido beneficiados por estos progresos, particularmente en las últimas décadas. Entre el inicio de la década de 1970 y la mitad de la presente década, la expectativa de vida al nacer de la región aumentó de 61 a 73 años y actualmente solo es inferior a la del conjunto de los países ricos y de la OCDE. En 2001, la región gastaba en promedio 7,1% del PIB en salud, valor solo igualmente superado por los países ricos y de la OCDE, que gastaban alrededor de 7,7%.

Tanto los resultados como los indicadores de gasto en salud generan la sensación de que la población de la región es una especie de *clase media internacional* y que los problemas de salud se encuentran en vías de solución, llevando a los países desarrollados a reducir progresivamente la ayuda internacional. Sin embargo, esta sensación esconde dos grandes diferencias entre la región y los países desarrollados:

- a) Por un lado, persiste una enorme heterogeneidad regional en los indicadores y en las condiciones de acceso a los servicios de salud, que se asocian mayormente a la excesiva concentración del ingreso y a las fallas del

mercado y del Estado en la conducción eficiente, efectiva y resolutive de las políticas sociales y sanitarias.¹

- b) Por otro lado, la elevada proporción del gasto directo del bolsillo y la relativamente baja participación del gasto público en salud han generado una enorme precariedad en los mecanismos de protección social para los más pobres, ya que estos no cuentan con la suficiencia de sistemas públicos o privados de aseguramiento que les garanticen protección a *shocks* adversos en caso de enfermedades de alto costo y riesgo (Baeza y Packard 2006).²

Pese a esto, el hecho de que el modelo de atención a la salud de la región poco ha profundizado en la adopción de estrategias de promoción, prevención y atención primaria, devino en la proliferación de sistemas de salud centrados en aspectos curativos y poco articulados con los programas de salud pública y con la prevención de factores de riesgo. La transición demográfica y epidemiológica, asociada al intenso proceso de urbanización en las últimas décadas, ha reducido progresivamente el peso de las enfermedades transmisibles, de la desnutrición y de las causas maternas y neonatales en la estructura de morbilidad y mortalidad de los países latinoamericanos y caribeños. Siguiendo el ejemplo de los países desarrollados, ha aumentado la incidencia precoz de enfermedades crónicas asociadas a factores de riesgo como diabetes, hipertensión y obesidad. Además, los problemas de salud mental, el crecimiento de la violencia y los accidentes de tránsito progresivamente van aumentando su carga de enfermedad y requieren soluciones integradas de políticas públicas, todavía poco desarrolladas en los países de la región.

Los problemas de salud apuntados por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), como desnutrición, mortalidad infantil, mortalidad materna y enfermedades transmisibles (como SIDA, malaria y tuberculosis), aunque responsables del 95% de la carga de enfermedad en regiones como el África Subsahariana, respondían solamente por el 17% de la carga de enfermedad de ALC al inicio del nuevo milenio. Mientras tanto, su incidencia es mucho mayor en los grupos más pobres de la población latinoamericana que todavía subsisten

¹ Las tasas de mortalidad infantil en 2005 variaron de 7,9 (Chile) a 57,1 (Haití) por mil nacidos vivos e, igualmente en el interior de países continentales como Brasil, variaron entre 13,9 (Distrito Federal) y 47,1 (Alagoas) por mil nacidos vivos en 2004.

² En 2001, alrededor del 34% del gasto en salud en América Latina se desembolsó directamente a través del presupuesto de las familias, comparado con el 22% promedio de los países desarrollados. El gasto público no alcanzó los 59% del gasto regional en salud, comparado con el más de 70% registrado en los países de alto ingreso, de una forma estructurada en sistemas sostenibles y fiscalmente progresivos de protección de la salud.

junto a las periferias metropolitanas, las zonas rurales no integradas y las comunidades indígenas, garífunas y quilombolas (Medici 2005a).

La ausencia de políticas consistentes de asistencia a los más pobres, la ineficiencia, la desigualdad económica regional, la fragmentación de las políticas públicas, la ausencia de procesos de regulación que garanticen el uso racional de las estructuras públicas y privadas, así como la falta de mecanismos fiscalmente sostenibles y equitativos de financiamiento, son algunos de los factores que han contribuido para la permanencia de la desigualdad en la cobertura y en la calidad de los sistemas de salud en la región.

El propósito de este capítulo es evaluar en líneas muy generales los problemas de salud que hoy enfrentan los países de ALC y proponer, sobre la base de la experiencia internacional y local, algunas soluciones que podrían asegurar mejores condiciones en la gestión de las políticas de salud en sus aspectos macro y micro institucionales, así como prevenir problemas en los sistemas de salud que hoy enfrentan los países desarrollados.

La simultaneidad de los problemas y soluciones en el mundo globalizado permite que la región pueda anticipar respuestas a temas de gestión y de políticas de salud que aún están en fase preliminar, sin tener que lidiar con los costos de transacción que los países desarrollados tuvieron que enfrentar. Por otro lado, la heterogeneidad regional hace que algunos de los problemas sean específicos y, en este caso, las experiencias internas de los propios países de la región o la búsqueda de experiencias de otros países en desarrollo puede traer nuevos horizontes para solucionar estos problemas.

1. LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1.1. El cuadro epidemiológico

La transición demográfica y los progresos económicos y sociales acumulados a lo largo de las últimas décadas han llevado a los países de ALC a presentar mejores condiciones de salud, en promedio, que las existentes en otras regiones en desarrollo. Datos de la OMS para el año 2001 muestran que el número de Años de Vida Saludables (AVISA) perdidos anualmente por discapacidad en ALC,³ por mil habitantes era 21% menor que el promedio mundial y 25% menor que el promedio de los países en desarrollo.

³ Desde la publicación del Informe de Desarrollo Mundial del Banco Mundial de 1993, el indicador Años de Vida Saludables perdidos (AVISA) ha sido utilizado como síntesis de las pérdidas acumuladas por mortalidad y morbilidad para todos los tipos de enfermedad.

La ventaja relativa de ALC sobre otras regiones en desarrollo revela que, considerando la distribución de la carga de enfermedad por grandes grupos de causas, la región se encuentra en una situación intermedia entre los países desarrollados y el promedio de los países en desarrollo. En 2001, poco más de un quinto de la carga de enfermedad sería atribuible al grupo compuesto por enfermedades transmisibles, causas maternas, causas perinatales y condiciones nutricionales (grupo 1). La mayor parte de la carga regional de enfermedad (65%) se concentraba en el grupo 2, compuesto por las enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, los neoplasmas y las condiciones psiquiátricas, y un poco más del 13% se encontraba asociado a las causas externas como accidentes de tránsito y violencia (grupo 3).

Si, por un lado, este cuadro es todavía muy distinto del de los países desarrollados, donde el peso de las enfermedades crónicas es aun mayor, por otro lado es también el opuesto de lo que ocurre en los países de África Subsahariana, donde más de dos tercios de las muertes se explican por enfermedades del grupo 1 y solamente un quinto por enfermedades del grupo 2. La distribución de la carga de enfermedad en ALC es más próxima de la de otras regiones en desarrollo, como la de los países de Asia Oriental y del Pacífico, y en menor proporción del Oriente Medio y África del Norte.

Las principales causas de mortalidad en ALC revelan la persistencia de factores de riesgo que podrían ser evitados por políticas de salud más efectivas. Es de notar que la violencia es la primera causa de enfermedad para hombres y, ciertamente, su presencia también es importante entre las mujeres, aunque la mala calidad de los registros no permita tener la real magnitud de la información. El combate a la violencia, aunque fuera del ámbito de los servicios de salud, exige acciones más efectivas de política social y seguridad ciudadana, que cambien la cultura y aumenten el capital social en los grandes centros urbanos y áreas rurales.

Políticas más efectivas de control y combate a factores de riesgo como el alcohol, el tabaco, el sedentarismo, la obesidad y la generación de infraestructura para una vida más saludable, serían fundamentales para la reducción de la incidencia precoz de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, diabetes mellitus y enfermedades digestivas y glandulares.

Mejorías en la legislación y en la aplicación de las leyes de tránsito, en la promoción y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, y en la aplicación y uso de normas de seguridad en locales públicos, podrían contribuir a la reducción de accidentes de tránsito y a la disminución de la incidencia de otras causas externas no intencionales. La incidencia creciente de problemas mentales, como la depresión, es un desafío también compartido por los países desarrollados, donde las soluciones han sido tímidas y

controversiales. Los sistemas de salud de ALC deberían asociarse a los esfuerzos de investigación de los países desarrollados para la búsqueda de medidas más resolutivas y costo-efectivas en este campo, pero también la búsqueda ha de ser de soluciones que sean sostenibles frente a los recursos regionales existentes en el sector.

1.2. La persistente heterogeneidad regional

La heterogeneidad regional es un importante factor a ser considerado en la medición del estado de salud de la población y en los distintos matices de políticas de salud en cada contexto nacional. Entre los factores correlacionados a la heterogeneidad regional se puede destacar la posición del país en el proceso de transición demográfica, los niveles de desarrollo económico y social, y los niveles de pobreza y equidad vigentes en cada país.

El proceso de transición demográfica puede ser clasificado en cuatro etapas: *incipiente*, *moderada*, *plena*, *avanzada* y *muy avanzada*. La clasificación de los países en la transición demográfica dependería de la combinación de los valores alcanzados en las tasas de natalidad y mortalidad de cada país.⁴ Las informaciones demuestran que el 83% de la población de la región se encuentra en países con proceso avanzado de transición demográfica. Dicha información, mientras tanto, esconde la realidad de los cuatro mayores países federativos: Brasil, México, Colombia y Argentina, que responden por más del 70% de la población de la región y en su interior presentan grandes áreas con etapas incipientes y moderadas de transición demográfica. La heterogeneidad demográfica, por lo tanto, no es solamente entre los países, sino también interna a ellos.

En la medida en que ha avanzado el proceso de transición demográfica en ALC, aumenta la expectativa de vida y mejoran las condiciones de salud. Países en estado incipiente de transición demográfica (como Haití) presentaban en 2005 expectativa de vida al nacer (EVN) alrededor de los 50 años y expectativa de vida saludable al nacer (EVS) alrededor de los 44 años, lo que significa que seis años se pierden por condiciones de enfermedad a lo largo del ciclo de vida promedio de cada habitante.

⁴ Chaquiel (2004). Según este criterio, *transición incipiente* corresponde a los países con tasa de natalidad alta (más de 32 por mil) y tasa de mortalidad alta (más de 11 por mil); *transición moderada* corresponde a tasa de natalidad alta y tasa de mortalidad moderada (7 a 11 por mil); *transición plena* corresponde a tasa de natalidad moderada y tasa de mortalidad moderada y baja (4 a 7 por mil) y *transición avanzada* corresponde a tasa de natalidad baja (10-24 por mil) y tasa de natalidad moderada y baja.

Por otro lado, países en estados de transición demográfica avanzada (como Barbados o Costa Rica) presentan una EVN en promedio de 77 años y una EVS alrededor de 67 años, aumentando a 10 la cantidad de años promedios vividos en condiciones de enfermedad, con implicaciones como calidad de vida inferior y mayores gastos promedio en salud.⁵

En lo que respecta a los niveles de desarrollo económico, la región también es heterogénea. El Banco Mundial clasifica los países, para efectos de comparar niveles de desarrollo, en cuatro grupos: *países de ingreso alto*, *países de ingreso medio alto*, *países de ingreso medio bajo* y *países de ingreso bajo*, de acuerdo con el producto (o renta) interno bruto per cápita. En 2007, este indicador revela que la situación de la población latinoamericana concuerda con una especie de clase media internacional. No hay países considerados de ingreso bajo. Solamente el 4% de la población regional vive en países de ingreso medio bajo y casi dos tercios (65%) se encuentran en países de ingreso medio alto. Además, 31% de la población se inserta en países de ingreso alto, como México y Argentina.

Aunque el perfil epidemiológico de los países de ALC sea distinto según el nivel de ingreso per cápita, se puede decir que las enfermedades no comunicables son la principal causa de mortalidad de todos los grupos de países, variando del 76% en los países de ingreso medio bajo hasta el 82% en los países de alto ingreso. En este conjunto de enfermedades sobresalen en ALC las causas crónicas, como las enfermedades cardiovasculares y neoplasmas.

El peso de las causas externas, que tienen como uno de sus principales componentes las muertes violentas, tiende a reducirse en la medida en que aumenta el nivel de ingreso. Mientras tanto, los accidentes de tránsito –otro importante factor de las causas externas– son elevados en los países de ingreso medio bajo y medio alto, particularmente por el deterioro urbano de las ciudades y las malas condiciones de las carreteras.

También se destaca que el peso de las enfermedades comunicables en ALC también se reduce en la medida en que aumenta el nivel de ingreso per cápita. La participación de este grupo en la carga de enfermedad en países de ingreso medio bajo (16%) fue el doble de la presentada en los países de alto ingreso en la región durante el período 2000-2004. Mientras tanto, otros factores, como la geografía y el clima, también son importantes en el análisis de la presencia

⁵ En los países de ALC, el corolario de vivir más es tener que pasar más tiempo de la vida en condiciones de enfermedad, pero el tiempo perdido en condiciones de enfermedad se puede revertir a través de medidas que promuevan una vida saludable mediante de la provisión de bienes públicos como campañas publicitarias que minimicen los factores de riesgo, y de las medidas y regulaciones, en salud pública o en otros ámbitos de la acción gubernamental, como medio ambiente y desarrollo urbano, que lleven a la prevención de enfermedades crónicas, transmisibles y de causas externas.

mayor o menor de enfermedades comunicables en los países. Los desafíos derivados por los cambios climáticos pueden intensificar la presencia de enfermedades transmisibles en los países de clima tropical en la región, como ha demostrado la falta de control sobre enfermedades como el dengue en muchos países de ALC.

Otra forma de clasificar los países de ALC es a través del porcentaje de personas que vive en situación de pobreza. El indicador consensuado internacionalmente para definir y comparar poblaciones debajo de la línea de pobreza es el porcentaje de personas que reciben ingreso diario inferior a US\$ 2.⁶ Cuando se comparan las dos causas de mortalidad atribuibles a los países más ricos (enfermedades cardiovasculares y neoplasmas) según el nivel de pobreza, se verifica una realidad diferente en ALC. Las muertes por neoplasmas se reducen continuamente en la medida en que se pasa de los países con nivel medio al nivel extremo de pobreza, pero las muertes por enfermedades cardiovasculares tienden a aumentar entre los países con niveles medio y alto de pobreza. Por lo tanto, los neoplasmas, al incidir en edades más avanzadas, inciden de forma inversamente proporcional a los niveles de pobreza, pero asimismo son importantes en los perfiles de mortalidad, igualmente de los países de pobreza extrema. Las enfermedades cardiovasculares, a su vez, dado que están asociadas a factores de riesgo que llevan a una mortalidad precoz, presentan un perfil de mortalidad mayor en los países con mayor nivel de pobreza. Su forma de incidencia y magnitud permite que sea también caracterizada como «enfermedad de pobres».

Cualquiera que sea la forma de clasificar a los países de ALC, según los grados de desarrollo a través de variables demográficas, económicas, sociales y de pobreza o equidad, queda claro que los de menor nivel de desarrollo presentan niveles mayores de necesidades en salud, lo que no solo se refleja en la magnitud de su carga de enfermedad, sino también en condiciones de salud peores para los tres grandes grupos de enfermedades: no comunicables, comunicables y causas externas.

1.3. Financiamiento y gastos en salud

El crecimiento del gasto en salud como proporción del PIB es un fenómeno mundial, ya que responde a distintas presiones demográficas, por el aumento de la cobertura y por la utilización intensa de nuevos insumos y tecnología médica

⁶ Bajo el mismo criterio se define como población por debajo de la línea de indigencia a aquella en la cual las personas tiene ingresos inferiores a US\$ 1 por día.

que incorporan inversiones masivas y caras en investigación y desarrollo, las cuales tienen que ser amortiguadas en los precios de los servicios.

En ALC, la falta de recursos financieros ha sido apuntada por los críticos de las reformas de salud como uno de los factores responsables de los problemas de salud aún existentes en muchos países. Sin embargo, la evidencia demuestra una realidad un poco diferente. Entre 1990 y 2001, los gastos en salud en ALC aumentaron de 6,5% a 6,9% del PIB, y en 2005 este gasto se situó en 7,1% del PIB en la región. Aunque este crecimiento haya sido modesto en comparación al observado en los países desarrollados y en otras regiones en desarrollo, el crecimiento en las décadas anteriores (1970-80) ha sido bastante elevado, al punto de que, igualmente con un crecimiento menor, los países de ALC siguen presentando un gasto en salud mayor que el promedio de los países en desarrollo.

¿Este nivel de gasto es suficiente frente a las necesidades de salud de los países de la región? Es difícil responder a esta pregunta. Los países de ALC presentan un cuadro epidemiológico muy complejo, marcado por una larga presencia de enfermedades crónicas y causas externas en el perfil de mortalidad, y asociado a fuertes desigualdades que llevan a la permanencia de necesidades básicas en el combate a la mortalidad infantil, a las causas maternas y a enfermedades transmisibles entre los grupos de menor ingreso. Se asocia a esto un cuadro institucional y político igualmente complejo, en el cual predomina la ausencia de mecanismos sistemáticos de evaluación de los resultados de salud por parte de los gobiernos.

Los sistemas de salud en ALC se caracterizan por ser plurales y fragmentados (ver Londoño y Frenk 1997), con muchas fuentes de financiamiento, muchos proveedores y clientelas segmentadas, lo que genera duplicaciones de cobertura para algunos grupos y carencias de cobertura para otros. Aun cuando el gasto en salud es evaluado en sus componentes público y privado, se observa en el gasto público duplicaciones entre el nivel central, local y la seguridad social.

El desorden en el financiamiento y provisión de servicios lleva a deficiencias de cobertura que son financiadas directamente por las familias a través del gasto domiciliario directo o del bolsillo, que es la forma más regresiva de gasto en salud (ver Medici 2003). Esta forma de gasto no estaba adecuadamente registrada en las estadísticas de gastos en salud en ALC, pero en los años más recientes, las encuestas de muestreo de hogar y de presupuesto, y gasto familiar han permitido, conjuntamente con los estudios de cuentas nacionales de salud, mejorar la información.

El gasto en salud en la región ha presentado expansiones y contracciones a lo largo de los últimos 25 años, sin existir una expansión continuada como la

observada en los países desarrollados. Pero en general se observa un crecimiento muy blando del gasto en salud durante los últimos 10 años. Crisis económicas como la ocurrida en la segunda mitad de la década de 1980 y las necesidades de ajuste estructural de las economías, como las que se presentaron al final de los años 90, pueden explicar estos movimientos.

A lo largo de la década de 1980 se intensificaron los problemas de organización de los sistemas de salud de la región. El resultado de la desorganización del sector en los años 80 se reflejó en el aumento del gasto del bolsillo, intensificando el aumento de la inequidad y abriendo espacio para las reformas de salud que se realizaron a lo largo de la década de 1990. Las reformas, si bien incompletas, propiciaron ordenar mejor el flujo de financiamiento, canalizando parte del gasto del bolsillo para formas institucionales de seguro privado de salud que prácticamente no existían o estaban en estado embrionario durante los años 80.

Cinco tendencias se destacan en el plano del financiamiento de salud de la región: (i) el aumento de la participación del gasto público; (ii) la reducción de los gastos de salud financiados sobre la nómina por la seguridad social (los seguros públicos tradicionales) como resultado del aumento de la informalidad; (iii) el aumento del gasto directo de los gobiernos centrales para enfrentar la demanda proveniente del crecimiento del mercado informal de trabajo y de la crisis fiscal de los gobiernos locales; (iv) la reducción del gasto del bolsillo; y (v) el aumento del gasto con planes de salud privados (ver sobre este punto Medici 2005b).

Según la forma como estas tendencias se combinan en cada país, ellas apuntan hacia soluciones pluralistas más estructuradas de sistemas de salud, permitiendo enfrentar con mayor eficiencia no solamente los recursos públicos, sino también los recursos disponibles por las familias para la salud.

Los niveles de gastos en salud en los países de ALC dependen de un conjunto de circunstancias, entre las cuales la primera es el nivel de ingreso disponible. Si se observa el gasto per cápita en salud del conjunto de los países de la región, se constata que aquel está muy directamente correlacionado con el ingreso per cápita disponible.

Pero la transición demográfica también es determinante en la magnitud del gasto, ya que países en la etapa avanzada o muy avanzada presentan mayores contingentes de población en tercera edad, los cuales consumen más servicios de salud en el tratamiento de enfermedades crónicas. En este sentido, los países con mayores gastos en salud son los que presentan altas proporciones de individuos con más de 65 años en el conjunto de la población, como es el caso de Argentina, Barbados, Chile y Uruguay.

Además de estos factores, la organización institucional de los sistemas de salud es determinante en la magnitud del gasto en salud. Los datos respecto de

fuentes de financiamiento de salud permiten clasificar los países de la región, de acuerdo a la organización institucional del sistema de salud, en tres grupos:

- *Países con alta incidencia del gasto público directo en el sector:* son aquellos en los que el gasto público directo representa más del 50% del gasto en salud y en los que las estructuras de seguro de salud no existen o son incipientes. Se encuentran en este grupo la mayoría de los países del Caribe inglés (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Guyana, Saint Kits y Nevis, y Saint Vincent y Granadines) y Cuba, los cuales organizaron primordialmente sus sistemas sobre la base del modelo Beveridge. Si bien hay algunas excepciones como Bahamas y Barbados, los gastos en salud de este grupo de países no es muy elevado.
- *Países con alta participación de las estructuras de seguros públicos y privados:* son aquellos en los que el gasto en salud de la seguridad social y de los seguros privados representan más del 50% del gasto; entre estos se incluyen Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay. Este grupo de países, con excepción de Bolivia, presenta gastos relativamente elevados en salud.
- *Países con estructura poco definida pero con fuerte peso de los gastos de bolsillo:* estos corresponden a la mayoría de los países, compuestos por Belice, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, Venezuela. Este grupo, con excepción de Brasil, México y Colombia, tiene gastos en salud relativamente bajos.

El aumento del desempleo y de la informalidad llevó a una reducción de los gastos con seguros públicos de salud, financiados por la seguridad social que recauda recursos de la nómina salarial. En la presente década hubo un ligero aumento de la participación de los gastos de los gobiernos centrales en salud, en gran medida como política compensatoria a los gastos en salud de la seguridad social, los cuales continuarán reduciéndose debido al aumento de la informalidad. Así, el gasto público en 2005 en la región alcanzó el 51% del gasto total en salud, cuando en 2001 dicha participación era de 49%.

En el sector privado las familias han reducido el gasto directo del bolsillo, aumentando su preferencia por gastos con seguros y planes de salud, incluso en los grupos de menor ingreso. Algunos países, como México, empezaron a implementar programas como el Seguro Popular de Salud, volcado a los deciles más pobres de ingreso, y que hoy ya cubren más de 11 millones de beneficiarios. En Colombia, el seguro propiciado por las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) cubre más de 21 millones de beneficiarios de bajos ingresos y

es más importante que el seguro de salud propiciado por el mercado formal de trabajo a través de las Empresas Provisionales de Salud (EPS).

Pese al hecho de que muchos países sufrieron un fuerte proceso de crisis económica al inicio de la presente década, la mayoría de los países latinoamericanos ha aumentado el monto absoluto del gasto per cápita en salud entre 2001 y 2005. Dichos gastos en el promedio regional pasaron de US\$ 531 a 660, medidos por el criterio de paridad del poder de compra (PPP), lo que representa un crecimiento de 24% a lo largo del período. Solamente tres países (Jamaica, Suriname y Uruguay) tuvieron una reducción del gasto per cápita en salud entre 2001 y 2005.

El crecimiento del gasto público en salud en los países de la región ha sido un proceso respaldado básicamente por recursos presupuestarios internos. En 2005, en ALC los recursos externos representaron menos del 1% del gasto nacional en salud. Solamente países más pobres, como Bolivia, Haití, Honduras y Surinam, presentaron una participación de recursos externos superiores al 5% del gasto total en salud. Entre estos recursos se destacan los provenientes de donaciones, condonación de intereses de la deuda externa (en el caso de aquellos clasificados como pobres y altamente endeudados⁷) y préstamos internacionales que no comprometen la solvencia fiscal de corto plazo.

Los países de mediano ingreso han reestructurado sus prioridades de gasto y financian la expansión de sus acciones de salud a través de la sustitución de fuentes presupuestarias. Además, temas como la sostenibilidad futura de los nuevos gastos creados pasan a ser cada vez más discutidos, ya que no se puede basar infinitamente la expansión futura de gastos corrientes de salud en el financiamiento a través de recursos externos. Muchos de estos países de ALC se encuentran sin posibilidades de expandir sus créditos externos y ya han agotado sus límites de sustitución de fuentes en un contexto de ajuste fiscal. En consecuencia, han existido fuertes límites para la expansión de los gastos nacionales de salud, lo que podrá revertirse en el caso de que el buen desempeño económico de la región, verificado en el período 2004-2006, se prolongue como un nuevo ciclo de crecimiento.

Para evaluar la relación entre gastos y resultados en salud, el indicador más sintético del estado de salud de una población es la esperanza de vida saludable al nacer, que combina los impactos de mortalidad y morbilidad en la probabilidad de años de vida saludables que una persona podrá vivir desde su nacimiento. Los datos existentes indican que no existe correlación aparente entre la variación de este indicador y los gastos en salud (Medici 2005a). En

⁷ Estos países se clasifican como High Indebt Poorest Countries (HIPC) en la nomenclatura de los organismos multilaterales.

algunos casos, reducciones en el gasto fueron acompañadas por aumentos en la EVS y viceversa. Por lo tanto, varios otros factores, además de la magnitud del gasto, deben estar afectando los resultados de la EVS. En síntesis, la magnitud del gasto en salud puede ser una de las variables asociadas a la mejoría del estado de salud de la población, pero en el contexto de los países de ALC no es la única y ni la más relevante.

Desde 2007, los países pasaron a ordenar sus prioridades para la discusión de los temas que originaron las metas del milenio, tales como la reducción de la pobreza e indicadores asociados, como la tasa de mortalidad infantil. En este sentido, se podría esperar que buena parte de los recursos fuera canalizada para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, llevando a la reducción de las tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, los datos demuestran que los países más pobres de la región, aun con tasas positivas de crecimiento del gasto en salud, presentaron aumentos en las tasas de mortalidad infantil. En países de ingresos muy bajos –como Haití, Bolivia, Guatemala y Guyana–, inversiones en salud básica generan mejorías en los registros estadísticos y, por lo tanto, parte de los países en los que el crecimiento de la mortalidad infantil fue acompañado por el crecimiento del gasto en salud en el período, puede estar explicado por una obtención real en la tasa de mortalidad, debido a la mejoría de la calidad de la información de salud. En otra parte de los países, como las islas de poca población del Caribe inglés (Santa Lucía, San Vincent y Granadines, por ejemplo), la variación de la mortalidad infantil puede ser afectada anualmente por cataclismos naturales como huracanes, los que elevan abruptamente la magnitud de la tasa sin ninguna relación directa con el desempeño de los servicios de salud o con la magnitud del financiamiento.

En síntesis, la magnitud del gasto en salud poco explica el alcance de resultados, objetivos y metas en salud, y se debe por lo tanto buscar otros factores asociados a cómo se gasta en salud. Uno de estos factores puede estar asociado a los impactos distributivos del gasto en salud, como será visto enseguida.

1.4. El gasto público y su impacto en la equidad

Si bien hay evidencia que permite demostrar que en muchos países el gasto público ha sido aplicado de forma progresiva, beneficiando proporcionalmente más a los grupos de ingreso más bajo, existe todavía muy poca información continua y sistemática respecto de los impactos distributivos del gasto en salud, y particularmente respecto del gasto público. En los pocos países en los que es posible acceder a los datos de utilización del gasto público en salud por decil de ingreso en América Latina (Medici 2005a), se observa que la distribución del

gasto público en salud ha sido progresiva en Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Jamaica, Perú y Uruguay, y regresiva en Colombia, Ecuador y Guatemala. Por otra parte, en algunos de los países más pobres de la región, claramente predominan la regresividad y la inequidad. Países como Guatemala y Ecuador recibieron en la década de 1990 proporcionalmente más ayuda externa para la salud que otros de ingreso medio, pero buena parte del gasto público ha sido apropiada por los grupos de mayor ingreso, lo que acentúa el carácter regresivo en el uso de la ayuda externa que el ingreso en estos países. Dichos países acumulan otras desventajas tales como bajos niveles de gasto per cápita en salud y bajo PIB per cápita, lo que limita aun más la posibilidad de expandir la cobertura para los grupos más necesitados. La regresividad del gasto público en salud parece estar asociada a países en los que el sistema necesita dar más respuestas efectivas a las necesidades de los grupos más pobres y resolver problemas urgentes como los identificados por los ODM de salud.

El gasto privado en salud, tanto el de bolsillo como el de los seguros públicos y privados, tiende naturalmente a reflejar la distribución de ingreso de la sociedad. Es rol del Estado, a través de regulaciones sobre la incidencia del gasto privado y sobre el funcionamiento de los sistemas de seguro, crear incentivos para revertir en lo posible la tendencia concentradora. En lo que se refiere al gasto público, cabe al Estado atender en primer lugar las necesidades de los segmentos de la sociedad sin cobertura de los sistemas de seguro. En este sentido, es deseable que el gasto público en salud asuma siempre un papel de corrección de inequidades a través de su incidencia progresiva sobre la población, según su nivel de ingreso.

2. LAS REFORMAS INCOMPLETAS DE SALUD⁸

La década de 1990 fue, en buena parte de los países de la región, tiempo de reforma de salud. Dichas reformas persiguieron objetivos diversos, que variaron según la situación específica de cada país (ver sobre este punto Medici 2000). Temas como la redefinición en la estructura de financiamiento del sistema, la ampliación de su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más desprotegidos, y el incremento de la eficiencia en la prestación de servicios, fueron algunos de los más frecuentes en el proceso de reformas.⁹

⁸ Análisis sobre el tema de las reformas de salud en ALC pueden ser encontrados en Sanchez y Zuleta (2000).

⁹ Un análisis con más detalles del tema de la economía política de las reformas de salud, sus actores y escenarios institucionales en ALC se encuentra en Maceira (2007).

Las reformas fueron una respuesta de los países a las necesidades de ampliar la cobertura y la equidad, luego de la crisis de la década de 1980, y buscaron resolver problemas institucionales asociados a la limitada base de los Estados nacionales para financiar políticas y definir la prestación de los servicios. Las reformas buscaron resolver también *impasses* en temas federativos, aumentando la capacidad de los gobiernos locales para financiar y gestionar la entrega de servicios de salud; para cambiar los incentivos para que usuarios, prestadores y organizadores de los servicios funcionasen de forma más armónica y eficiente; y para modificar los mecanismos de financiamiento desde la oferta hacia la demanda.

Los organismos internacionales apoyaron buena parte de los esfuerzos de reforma de los países y buscaron tener un papel organizador del debate asociado a este proceso. El Informe para el Desarrollo Mundial (Banco Mundial 1993), propuso una serie de prioridades en los mecanismos de financiamiento público para intervenir en salud, como así también sugirió la existencia de espacios de participación privada y competencia.

Si bien los avances logrados en algunos de los casos fueron positivos, muchas de las reformas no lograron establecer un pacto social que permitiese a los distintos grupos de interés (población, proveedores, profesionales de salud, financiadores y gobierno) sentirse beneficiados, lo que generó conflictos de interpretación acerca de la dirección y efectividad de los objetivos, prioridades e instrumentos de reforma. Como el ciclo de las reformas persigue objetivos de largo plazo y los ciclos políticos en ALC son breves, buena parte de las reformas se interrumpieron, llevando a los países que las iniciaron a incurrir en enormes costos de transacción y creándose una amplia resistencia social frente a dichos procesos. Como resultado, las clases políticas en ALC temen mencionar el tema de las reformas de salud, las cuales acaban por generar dividendos políticos negativos y amenazar su gobernabilidad.

Si bien muchos países han desarrollado instrumentos parciales de reforma, otros intentaron procesos más amplios que cambiaron la forma por la cual se organizaba la entrega, el financiamiento y la regulación del sector salud. Entre ellos están Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala y República Dominicana.

ARGENTINA. En Argentina la reforma se inició en 1995, en busca de reorganizar el sistema de aseguramiento social en dos aspectos: (i) reformular el esquema de cobertura y calidad en el Sistema Nacional de Obras Sociales, generando mecanismos de competencia dentro del sector, y de este con seguros privados; y (ii) mejorar la eficiencia en los servicios hospitalarios y de atención primaria, focalizando la atención en los pobres a través de la descentralización y la administración autónoma.

Los principales instrumentos utilizados para tales fines fueron: (i) la creación de un Paquete Médico Obligatorio (PMO) de prestaciones garantizadas para los beneficiarios del sistema de Obras Sociales Nacionales y Seguros Privados de Salud; (ii) la reducción de la cautividad de los usuarios en la Obra Social según sindicato de origen de la actividad, a través de un sistema de libre opción de cambio entre grupos de Obras Sociales; (iii) la descentralización de los hospitales públicos hacia las provincias, implementando un sistema de autogestión hospitalaria que permite la facturación de prestaciones a terceros pagadores y la contratación autónoma de servicios privados; (iv) la organización de la atención primaria de la salud en las provincias focalizada en la cobertura a los más pobres mediante una iniciativa nacional de atención primaria. De acuerdo a ella, el nivel nacional establece criterios generales comunes a todas las jurisdicciones, en tanto las provincias se encuentran a cargo de las propuestas programáticas.

Con la crisis social iniciada en 2002, el gobierno argentino cambió su estrategia de reforma, reestructurando sus prioridades en dos ejes: el fortalecimiento de la entrega de medicamentos a las poblaciones desasistidas –a través del Programa REMEDIAR– y el incentivo a programas de seguros provinciales de salud, a partir de la implantación del Seguro Materno-Infantil (financiado por el Banco Mundial), con la posibilidad de extenderlo a otros grupos de edad en la medida en que la situación financiera, política e institucional lo permitiera.

BOLIVIA. La reforma boliviana fue iniciada a mediados de la década de 1990, en busca de descentralizar las políticas de salud, brindar más y mejores servicios a los más pobres y descentralizar los recursos a los departamentos y gobiernos municipales, como método para aumentar la eficiencia y ampliar la cobertura.

Los principales instrumentos considerados en ese proceso a lo largo del tiempo fueron: (i) la creación del Seguro Materno-Infantil y su extensión hacia un Seguro Básico de Salud, a ser cubierto por las instituciones del sector público y de la seguridad social mediante pagos subsidiados por prestación; (ii) un Seguro Obligatorio de Vejez, distribuyendo pagos per cápita por ancianos asignados a cada institución; y (iii) la «descentralización por factores» en el sector público, distribuyendo la asignación por gastos en capital físico a los municipios, al tiempo que se desconcentra el pago de honorarios al personal de planta a nivel departamental; (iv) la reforma (no implementada) en el sistema de cajas de salud, eliminando la cautividad de clientela, estableciendo un sistema de libre competencia entre las mismas con la definición de un paquete mínimo obligatorio de prestaciones; y (v) la reforma de los sistemas de vigilancia

epidemiológica con la creación de una estructura permanente para el combate a las principales enfermedades transmisibles en el país.¹⁰

Si bien la descentralización política fue exitosa, la descentralización en el uso de los recursos ha sido incompleta. Asimismo, la distribución de funciones entre prefecturas y municipalidades no ha sido supervisada, lo que reduce la eficiencia del sistema, sobre todo en la discontinuidad de la atención y en la calidad. No se ha verificado tampoco un aumento de la equidad en el sector, aunque existen fuertes indicios de aumento de cobertura, relacionada con los alcances del Seguro Básico de Salud y de los Fondos de Inversión Social. Los principales obstáculos de la reforma han sido la poca delegación real de poder en las decisiones de gasto en salud, y en los mecanismos de asignación de fondos entre jurisdicciones departamentales y municipales. Por otra parte, la deficiente articulación entre el sector público y la seguridad social ha provocado transferencias cruzadas de recursos que crean duplicaciones e inconsistencias en la prestación de servicios. La reforma no se completará mientras no se produzca el cambio de la cautividad de clientela y de los ineficientes mecanismos de financiamiento y organización de las cajas de salud.

BRASIL. La reforma en el sistema de salud de Brasil, iniciada en la década de 1980 y consagrada en la Constitución de 1988 con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), tuvo como objetivos: (i) ampliar la cobertura de salud de la población a través de la eliminación de la estructura de salud de la seguridad social y de su incorporación al Ministerio de Salud y a las secretarías de Salud Provinciales y Municipales; (ii) establecer mecanismos de equidad y de transferencia de recursos entre el nivel central, los estados y municipios con diferente nivel de ingreso relativo; (iii) profundizar la estructura de descentralización federal de los recursos, e (iv) intensificar los procesos de participación social en salud.¹¹

Los principales instrumentos utilizados en la reforma fueron: (i) consolidación de un sistema público integrado entre los tres niveles de gobierno, integral y universal en su cobertura y financiamiento; (ii) establecimiento de dos sistemas de remuneración de proveedores: uno para hospitales a través de pospago por procedimientos y otro para atención básica –Piso de Asistencia Básica (PAB)– mediante transferencias per cápita. Los fondos se transfieren al municipio desde el Fondo Nacional de Salud o, excepcionalmente, a los gobiernos provinciales si los municipios aún no poseen los requerimientos institucionales para gestionar estos fondos; (iii) establecimiento de un Programa

¹⁰ El Escudo Epidemiológico Boliviano fue un proyecto apoyado por el BID, en 1999, a través del préstamo BO-0115.

¹¹ Un análisis en detalle de la reforma de salud en Brasil se puede encontrar en Medici (2002).

de Salud Familiar (PSF) a nivel local, priorizando la prevención de la salud y articulándose con los otros niveles de gobierno; (iv) incorporación de los prestadores privados dentro del sistema de seguro público de salud mediante redes de subcontratación; (v) promoción de una activa participación de la sociedad civil en el sistema de salud; y (vi) regulación del sector de planos privados de salud y su relación con el sistema público.

El sistema aumentó la cobertura de salud y su estrategia de comunicación y participación social ha funcionado, generando una mayoritaria aceptación de la reforma entre la población. Sin embargo, algunos problemas todavía están por resolverse; entre ellos destacan:

- i. La distribución de los fondos sin un ajuste por perfil epidemiológico o por nivel de ingresos provoca inequidad entre regiones, ya que, dada la insuficiencia de recursos transferidos por el nivel federal, los municipios ricos se encuentran en mejores condiciones de financiar el resto de sus gastos en servicios, mientras que las jurisdicciones pobres o más castigadas por enfermedades no pueden hacerlo.
- ii. Los prestadores públicos reciben una combinación de presupuesto histórico con pagos por prestación, mientras que los proveedores privados solamente reciben el pago por prestación que los lleva a un progresivo desfinanciamiento.
- iii. La descentralización ha llevado a una absorción completa del riesgo por parte de la autoridad pública municipal, generando inconsistencias en el balance de la jerarquía de servicios entre atención primaria y atención especializada.
- iv. La falla en los mecanismos de control y de evaluación ha provocado selección adversa de riesgo por parte de ciertos prestadores privados, derivando a efectores públicos la atención más costosa.

CHILE. La reforma chilena de salud fue la primera de la región (1981) y hasta el momento ha sufrido procesos de ajuste. Siendo inicialmente implementada por un gobierno autoritario militar, no enfrentó problemas estructurales de resistencia durante su primera década de aplicación. Sin embargo, con el retorno a la democracia se incorporaron nuevos cambios, a partir de fines de la década de 1980 y siguieron desde los años 90 hasta mediados del nuevo milenio. La búsqueda de la equidad en la cobertura y la mejoría de la calidad fueron los elementos más destacados en el planteo de metas de la reforma chilena en los últimos 20 años.

La reforma de salud en Chile ha sido paradigmática en América Latina, tanto por sus resultados como por sus instrumentos. Ha logrado elevar la esperanza de vida para los grupos de menor ingreso, universalizar la cobertura

y eliminar las diferencias entre los más ricos y los más pobres en la atención básica de la salud.

Entre los instrumentos utilizados para alcanzar dichos objetivos se destacan: (i) la focalización de recursos, de modo de garantizar el acceso a servicios de salud de grupos de población de menores ingresos o con necesidades prioritarias y especiales; (ii) el diseño de esquemas de subsidio a la demanda dentro de la estructura pública de financiamiento, con categorías de seguro de acuerdo a los niveles de ingreso; (iii) la desconcentración del sector público, facilitando la administración de servicios y la toma de decisiones al nivel local; y (iv) la competencia en la provisión de servicios de salud y entre seguros privados para los grupos de mayor ingreso, según su capacidad de pago y el perfil de riesgo del grupo familiar.¹²

Los objetivos asociados a la cobertura y equidad, y a la separación de funciones entre financiamiento y prestación de servicios de salud han sido logrados satisfactoriamente. Sin embargo, la evaluación interna y externa de la reforma ha sido marcada por fuertes contradicciones en función de los matices ideológicos. Para algunos, tanto la creación del sistema de Instituciones de Salud Previsional (Isapres) y la descentralización del Sistema Nacional de Salud, como el cambio en los mecanismos de asignación de recursos, fueron instrumentos exitosos. Se logró ampliar la cobertura, incluyendo a los indigentes en el sistema subsidiado por el Estado, se permitió una mayor libertad de elección y se mejoró la gestión de los entes públicos.

Mientras tanto, la existencia de un modelo dual de financiamiento y entrega de servicios de salud ha sido fuertemente criticado desde que fue instaurada la democracia, ya que limita el alcance del aseguramiento para enfermedades que requieren cuidados de mediana y alta complejidad, no accesibles a los más pobres. Para enfrentar estos problemas el gobierno implementó, a partir de 2003, un Plan de Atención Universal con Garantías Explícitas (AUGE) que garantiza universalmente servicios esenciales de alta y mediana complejidad, siempre cuando estén disponibles los fondos, instrumentos e instituciones que los hagan sustentables.

COLOMBIA. La reforma colombiana, iniciada en 1993, tuvo como objetivos: (i) el aumento de la cobertura con énfasis en grupos de bajos ingresos; (ii) la garantía de un nivel mínimo de solidaridad, equidad y calidad de servicios financiados con recursos públicos (impuestos y contribuciones de la seguridad social); (iii) el incremento de la calidad de los servicios sobre la base del aumento de la com-

¹² Una visión detallada de la reforma de salud en Chile puede ser vista en Cifuentes (2000).

petencia y la libre elección de proveedores y aseguradores; y (iv) la generación de una estructura de regulación y control estatal del sistema de salud.

Los principales instrumentos utilizados para llevar adelante la reforma fueron: (i) la separación de las funciones y la creación de instituciones separadas para la regulación, la organización, la provisión y el financiamiento de los servicios de salud; (ii) la creación de un grupo de paquetes de salud, cuyos precios, ajustados por departamento y por ingreso, sirven de base para el establecimiento de afiliados contribuyentes y poblaciones subsidiadas del sistema; (iii) el financiamiento, a través de un *mix* de recursos fiscales y de la seguridad social; (iv) la participación voluntaria del sector privado a través de empresas aseguradoras sociales de carácter privado, que administran fondos y organizan la prestación de servicios; (v) la descentralización territorial a partir de la entrega de hospitales y servicios de salud públicos a los departamentos, y de la creación de entidades municipales responsables por la ejecución de planes locales de salud y de planes de atención básica (PAB) (Savedoff 1999).

La reforma logró triplicar la cobertura de la población que accede a servicios de salud desde su inicio, alcanzando a un 60% del total. Las transformaciones institucionales por ella introducidas permitieron un mejoramiento de los mecanismos de gestión, control y manejo de información entre las instituciones de salud y el fisco. Ello constituye asimismo un paulatino traslado del subsidio de la oferta hacia uno basado en la demanda.

Los principales problemas se relacionan fundamentalmente con cuatro aspectos: (i) los incentivos a la informalidad generados por el sistema de aseguramiento social, que llevan a limitar la sustentabilidad financiera de la reforma, con un crecimiento acelerado del régimen subsidiado; (ii) las diferencias existentes en la calidad y la especificidad de los servicios recibidos por usuarios de diferentes sistemas y con planes de cobertura disímiles; (iii) la falta de incentivos económicos a prácticas modernas de gestión en los establecimientos de salud ha inducido a la selección adversa de altos riesgos, desequilibrios financieros y/o sobreutilización de servicios, lo que ha llevado a muchas aseguradoras a tener dificultades en contener el gasto creciente; (iv) los hospitales públicos no han logrado avanzar, ya que fuertes resistencias gremiales y problemas laborales han impedido transformar dichos hospitales en empresas sociales del Estado, autónomas, con régimen propio de personal y capacidad para contratar y despedir a sus empleados. Con esto, en las regiones pobres, donde se ubican estos hospitales, la cobertura del régimen subsidiado ha avanzado muy lentamente.

GUATEMALA. Los objetivos de la reforma de salud en Guatemala, iniciada en 1995, fueron básicamente: (i) ampliar la cobertura y entrega de servicios de salud sobre la base de un modelo de atención orientado a la prevención; (ii) aumentar

el gasto público en salud para la población de mayor riesgo, a través de actividades que favorezcan la reasignación de recursos públicos con un mayor nivel de eficiencia y equidad, brindando garantía de acceso a los servicios de salud, así como conseguir la sostenibilidad financiera; y (iii) generar una respuesta social organizada por medio de la articulación del gobierno y la seguridad social con las ONG, los prestadores particulares y las organizaciones comunitarias.

Para alcanzar estos objetivos se utilizaron los siguientes instrumentos: (i) la creación de un Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), iniciativa que promueve un plan básico de servicios de salud, definido en el ámbito del Ministerio de Salud y dirigido al 33% de la población; (ii) el uso de mecanismos de focalización en el marco del Plan Nacional de Salud, especialmente para grupos familiares, pueblos indígenas y población inmigrante; (iii) la transferencia de responsabilidades administrativas y del financiamiento a las jefaturas de Área de Salud como forma de desconcentrar el Sistema Integral de Atención en Salud.

Entre las medidas dirigidas a alterar la composición tradicional del gasto en salud, se encuentran: (i) la inclusión de copagos para determinados servicios públicos, (ii) el aumento de la proporción de organizaciones no gubernamentales comprometidas con la prestación de servicios para el Ministerio de Salud, (iii) la presencia de empresas privadas o profesionales independientes como prestadores del Instituto Guatemalteco de la Seguridad Social y (iv) la creación del Programa de Accesibilidad a los Medicamentos (PROAM), especialmente en áreas rurales.

Con los cambios de gobierno, la reforma pasó por grandes dificultades en su implementación durante el tiempo transcurrido desde su inicio. Asociado a esto, la ausencia de mecanismos claros de evaluación hace que sus resultados concretos no estén disponibles o estén insuficientemente evaluados.

El inicio de las acciones propuestas en el diseño de la reforma ha sufrido retrasos debido al continuo proceso de redefinición de sus objetivos y alcances, especialmente relacionado con la inclusión del Instituto Guatemalteco del Seguro Social en el sistema de extensión de cobertura a trabajadores informales. Los mecanismos para facilitar la participación comunitaria y el control social son débiles, aspecto importante de corregir en países conformados por naciones de diferentes razas e idiomas. Finalmente, han surgido pocas organizaciones comunitarias formales vinculadas a la promoción y cuidado de la salud, a pesar de que el SIAS requiere de la colaboración de voluntarios de salud de las comunidades donde el sistema se implementa.

REPÚBLICA DOMINICANA. La reforma se inició en 1995 con el objetivo de aumentar el acceso y la calidad de los servicios, enfocándose fundamentalmente en la atención materna e infantil, y en los segmentos de bajos recursos. Los instrumentos

utilizados para lograr estos objetivos fueron: (i) la desconcentración y descentralización del sector público de salud; (ii) los cambios en la entrega de servicios de salud bajo el sistema de seguridad social; (iii) la definición de un conjunto de prestaciones básicas de acceso universal; (iv) la reorganización del sistema de financiamiento con la adopción de un mix público/privado financiado bajo criterios de solidaridad contributiva; (v) la introducción de un seguro familiar universal con provisión pública/privada y un esquema de pago por capitación; y (vi) el fortalecimiento del rol regulador del Estado sobre la base de un nuevo marco legal.

Los resultados de la reforma han sido positivos en términos de la expansión de la cobertura y calidad de los servicios. Sin embargo, podrían ser mejores si algunos de los problemas iniciales de su implementación hubiesen sido resueltos a tiempo. Entre ellos, cabe destacar: (i) la falta de un cálculo preciso en la valorización del paquete de servicios, lo que deriva en una reducción de cantidad y calidad de las prestaciones brindadas y (ii) la mala calidad de la cobertura de las entidades prepagas vinculadas al programa, especialmente en áreas remotas del territorio, lo que imposibilita el acceso a poblaciones de regiones alejadas o rurales.

2.1. La economía política de las reformas

Algunos elementos comunes de economía política han contribuido para que las reformas queden parcialmente implementadas: (i) el papel pasivo de los usuarios en el conocimiento, apoyo o rechazo a las reformas; (ii) el papel activo de los gremios médicos y entidades profesionales del sector salud en oponerse y movilizarse contra los procesos de reforma; (iii) la fragilidad de los ministerios de Salud para defender las reformas a largo plazo, sea porque son identificadas con agendas externas denunciadas por sus oponentes, o bien sea porque, si involucran aumentos de recursos, aunque temporales para su implementación, no cuentan con el beneplácito de los ministerios de Economía para financiarlas; (iv) el largo tiempo necesario para la implementación de las reformas frente a la corta temporalidad de los mandatos de los gobiernos.

Con relación al papel pasivo de los usuarios es conocida la asimetría de la información entre ellos y los proveedores, situación que los hace altamente dependientes de la voz y poder de aquellos. Así como los usuarios en general cumplen—cuando tienen recursos—las recomendaciones de los proveedores y de sus médicos para cuidar adecuadamente de su salud, también aceptan sus ideas de que las reformas empeorarán los servicios. Los usuarios de menor ingreso, que son en general los más beneficiados con las reformas, dados los compromisos con

los temas de equidad, tampoco tienen canales adecuados de expresión y voz para que su satisfacción y sus intereses sean conocidos o valorizados.

Con relación al papel activo de los gremios médicos y entidades profesionales, no han sido identificados los incentivos adecuados para compatibilizar la necesidad de racionalizar y aumentar la eficiencia de los servicios con sus demandas gremiales, especialmente en el sector público de salud. En este ámbito, las acciones de los servicios de salud que han paralizado las reformas están, en gran medida, relacionadas con el aumento de las oposiciones corporativas en el sector salud, el cual en ALC registró en los últimos dos años un nivel de conflicto superior al observado en otras áreas de la economía, y su principal motivación fueron demandas referidas a la asignación de recursos en el sistema. Los colegios y sindicatos médicos han sido actores determinantes de ese proceso (ver Scavino 2004).

Los conflictos en salud se expresaron el 2003 en la región a través de la concreción de 37 paros y huelgas de alcance nacional en 12 países de ALC, con duración de entre un día y nueve meses, lo que representó grandes pérdidas en AVISA y en recursos financieros para la sociedad. Demandas relacionadas con la asignación de recursos en el sistema (incremento de remuneraciones y de presupuesto para el sector) motivaron la mayoría de estas acciones, las que fueron protagonizadas por 31 organizaciones de profesionales y trabajadores de la salud (15 de médicos). En los servicios de salud del Estado se registraron 36 de las 37 huelgas de alcance nacional.

Del 68% de las huelgas y paros de carácter nacional llevados a cabo en la región en 2003, los motivos principales de las movilizaciones fueron demandas relativas a la asignación de recursos en el sistema de salud: incrementos salariales, pagos de beneficios, asignación de cargos, recursos para residentes, incremento del presupuesto para las redes asistenciales públicas, demanda de condiciones dignas de trabajo, pago de adeudos laborales y cumplimiento de compromisos acordados previamente. La oposición a la introducción de reformas sectoriales fue la principal causa en el 11% de las huelgas. El rechazo a la destitución de jerarcas y la exigencia de restitución de funcionarios fueron los principales motivos del 8% de los paros nacionales.

Los países en los que se registró la mayor cantidad de huelgas y paros de alcance nacional fueron Bolivia, Perú y República Dominicana (12, 6 y 4, respectivamente) y el conflicto de mayor duración fue el que enfrentó al Colegio Médico de El Salvador con el gobierno de ese país, entre los días 17 de septiembre de 2002 y 13 de junio de 2003. La principal demanda de la movilización fue el rechazo del cuerpo médico salvadoreño a una ley aprobada en el Parlamento y que los médicos entendían que habilitaba la «privatización» de los servicios públicos de salud (ver Scavino 2004).

En relación a la fragilidad de los ministerios de Salud en defender las reformas, las clases políticas y el gobierno han tenido poca tolerancia para enfrentar las presiones sociales de los movimientos corporativos y acaban cediendo a dichas presiones e incluso llegan a paralizar los procesos de reforma, retirando de su camino a ministros y técnicos comprometidos con la implementación de estos procesos.

Esto ha sido uno de los motivos que han llevado a tan intensa rotación de ministros de Salud en los países de ALC a lo largo de la década de 1990 y de la presente década. Los países que implementaron reformas fueron aquellos en los que se encontraron los más cortos promedios de gestión de ministros de Salud –alrededor de un año y tres meses entre 1987 y 1997.

Los principales argumentos defendidos por los opositores de las reformas son que estas llevan a la privatización de los gastos en salud y a la reducción de la cobertura con calidad para las poblaciones. Pero los datos existentes parecen demostrar lo contrario. En muchos de estos países, especialmente los más criticados debido a sus propuestas tildadas de neoliberales, como Chile y Colombia, la participación del gasto público en el sector salud ha aumentado. En otros, como Brasil, en donde los gremios han sido más complacientes, la participación del sector público en el financiamiento ha quedado estabilizada o ha bajado ligeramente. La cobertura, a su vez, se ha expandido fuertemente gracias a los procesos de reforma, garantizando en muchos casos mejor calidad, la cual se asocia a los mecanismos de seguro público o privado, y a la reducción del gasto directo del bolsillo. Sin embargo, en muchos países, como en los casos más evidentes, tales como Argentina y Bolivia, los procesos de reforma han sido mucho más lentos de lo esperado, en función de la compleja economía política asociada a su implementación.

En relación al largo tiempo necesario para la implementación de las reformas hay que destacar que en todos los países en los que se intentó implementar una agenda de reformas ha aumentado la conflictividad en el sector salud, debilitando el esfuerzo del gobierno en seguir adelante con ellas y, al mismo tiempo, generando altos costos de transacción que se materializan en la pérdida de recursos económicos y de años de vida saludables de la población. Los gremios de profesionales de la salud han capitaneado el movimiento de oposición y rechazo a las reformas, utilizando argumentos cuestionables y fácilmente contestables por los datos y evidencias existentes. Sin embargo, dada la asimetría de información entre usuarios y prestadores, y la falta de apoyo político de los ministerios de Salud interesados en llevar a cabo las reformas, los argumentos de los opositores a ellas acaban por ser hegemónicos, llevando a los gobiernos a la sustitución de autoridades sectoriales para evitar la pérdida de sus bases electorales.

Las reformas de salud son procesos de largo plazo que deben ser bien comunicados, involucrar amplios seguimientos de la sociedad y tener a los usuarios como socios. Deben, por lo tanto, traspasar los gobiernos, demostrar resultados tangibles y generar íconos e ideales de satisfacción compartidos por todos. La falta de estabilidad político-institucional en el sector, la ausencia de objetivos claros, de metas cuantitativas y de mecanismos de evaluación de los resultados, la debilidad de las bases financieras de sustentación en momentos de ajuste fiscal, y la falta de estrategias amplias de diálogo y comunicación social con los más interesados –los usuarios–, han sido los principales problemas que han llevado a que las reformas de salud en ALC continúen inconclusas.

Al mismo tiempo, las reformas no son una magia que transforma a corto plazo las condiciones de salud de la sociedad. Es necesario que se transmita una visión de largo plazo en términos de objetivos y metas de salud; que haya una adecuada comunicación social para que cada actor coopere y cumpla con lo que le corresponda; que se busquen mecanismos de planeamiento para separar entre acciones inmediatas, intermedias y futuras; y que se sepa hacia dónde se va, con qué instrumentos, con qué objetivos y con cuáles mecanismos de evaluación y control. La próxima parte de este documento se dedicará a evaluar nuevos conceptos y soluciones de política posibles para la mejoría de los sistemas de salud en ALC.

3. POLÍTICAS PARA AUMENTAR LA RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

La mejora de las condiciones de salud es un objetivo que se mueve con el tiempo, pero también que se restringe conforme la disponibilidad de recursos. El descubrimiento permanente de nuevos procesos de prevención de enfermedades, a través de vacunas, el desarrollo de nuevas medicinas y tratamientos, y de procesos sociales más saludables, hace que las condiciones de salud sigan mejorando (por lo menos para los que pueden pagar por ella) y que la expectativa de vida promedio aumente progresivamente. Como contrapartida, también aumentan los costos necesarios para mantener el estado de salud de las poblaciones, y muchos países no alcanzan la viabilidad financiera, técnica o institucional para abarcar tales incrementos.

En líneas generales, las desigualdades en salud reflejan otras desigualdades económicas y sociales que se reproducen en cada país o región según su inserción dinámica en el proceso de globalización. Es difícil separar los límites de hasta dónde avanzar en la universalidad de la salud, sin que se definan las bases socioeconómicas y fiscales necesarias para su sostenimiento, su institucionalidad política y su legitimidad frente a los distintos actores que representan la sociedad.

En la medida en que el tiempo avanza, las mejoras en el estado de salud ocurridas en los países desarrollados tienden a ser incorporadas en los países en desarrollo. Pero, cuando esto pasa, los países en desarrollo ya han avanzado en el acceso a nuevas modalidades de servicios, propiciadas por el progreso técnico, financiadas a través de impuestos o directamente por las familias. Esta, en parte, ha sido la historia de la desigualdad internacional en salud a lo largo del siglo XX y es probable que ella se repita en el siglo XXI. Como el anhelo por una mejor salud es un blanco móvil, el objetivo de reducir la desigualdad mundial en salud entre países desarrollados y en desarrollo solo parece alcanzable, si es que lo es, a muy largo plazo.

Entre 1980 y 2002, la diferencia entre la expectativa de vida de los países de ingreso alto y la de los de ingreso medio y bajo se redujo de 14 a 13 años, en tanto que la brecha en la expectativa de vida entre el promedio mundial y los países de ingreso alto se mantuvo en alrededor de 11 años. Sin embargo, en ALC la situación ha sido un poco mejor que en el promedio de los países de mediano y bajo ingreso. Se verifica que la región redujo la brecha entre su expectativa de vida y la de los países de ingreso alto de 9 a 7 años. Si este ritmo se mantiene, sobre la base de la tendencia de los últimos 22 años, sería posible afirmar que en el 2079 la región podría alcanzar el mismo nivel de expectativa de vida que los países desarrollados.

En los últimos 20 años, muchos de los países latinoamericanos también pasaron a incorporar progresivamente en su agenda de derechos sociales el acceso universal a los servicios y políticas de salud. Dicho proceso de incorporación, sin embargo, se diferencia según el tipo de país. Algunos han promulgado en sus constituciones nacionales que la salud es un derecho universal, de manera que, por ello, debe ser garantizada a través del Estado. Sin embargo, los avances para el cumplimiento de estos principios constitucionales han sido hasta hoy muy lentos, no solamente debido a la ausencia de un consenso acerca de lo que es una política universal de salud, sino también debido a las limitaciones políticas, administrativas y presupuestarias para que ello sea efectivo. Considerando las cartas fundamentales vigentes en la primera mitad de la presente década, en 14 de 32 países de ALC se declara que la salud es un derecho universal.¹³

Otras naciones latinoamericanas y caribeñas han preferido avanzar el tema de la universalidad del acceso a la salud a través de una vía progresiva de construcción de políticas e instituciones de salud sólidas, en las que los derechos se incorporan en la práctica sin que necesariamente estén asegurados en las cartas

¹³ Países que hasta 2005 garantizaban en sus constituciones nacionales la salud como derecho universal son: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Nicaragua, Panamá, Surinam y Venezuela.

constitucionales.¹⁴ Muchos de estos países utilizan como referencia el sistema británico de salud¹⁵ (como es el caso de los países del Caribe inglés) o los sistemas de salud basados en la seguridad social (como Argentina, Costa Rica, México y Uruguay).¹⁶

Pese a los avances reales, conceptuales o de promesas (cumplidas o no) de mejora de la salud en ALC, aún existen grandes problemas en el acceso, equidad y calidad de las políticas y servicios de salud disponibles para la población en la región cuando se les compara con la realidad de los países desarrollados.

3.1. La universalización y la jerarquía de los principios constitucionales

Buena parte de los países que avanzan en el contexto de la universalización definen a esta a partir de algunos principios básicos. Por lo menos tres de estos principios han sido apuntados como relevantes: (i) la cobertura debe ser universal, (ii) todos deben tener acceso gratuito a la salud y (iii) todos deben tener acceso a todos los servicios asistenciales que necesiten. Estos principios pueden ser sintetizados en tres palabras: *cobertura universal, gratuidad e integralidad*.

Muchas constituciones confunden gratuidad con equidad, pero en realidad la gratuidad es un concepto similar al de garantía de *igualdad* en el acceso, lo que es diferente de equidad. La *igualdad* presupone que todos son iguales en el acceso a los servicios, independientemente de su condición social o económica. Así, un rico y un pobre estarían en igual posición al ser atendidos por un servicio de salud y tendrían derecho a los mismos tratamientos, instalaciones, facilidades y otros cuidados.

Sin embargo, los ricos viven más cerca de los servicios, conocen a los médicos y autoridades del sistema (ya que pertenecen a su misma clase social) y manejan información adecuada respecto de cómo obtener mejor provecho de los servicios ofrecidos gratuitamente por el Estado. Por vivir más y sobrevivir a la mayoría de los problemas básicos de salud que en cambio afligen a los más

¹⁴ Es el caso de los siguientes países: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Costa Rica, Dominica, Grenada, Honduras, Jamaica, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kits y Nevis, Santa Lucía, San Vincent y Granadines, Trinidad y Tobago, y Uruguay.

¹⁵ El sistema de salud británico es universal en la práctica, pero las constituciones caribeñas, si bien implementan un sistema universal, no lo mencionan en sus constituciones, las cuales, formuladas a partir de los procesos de emancipación política de las décadas de 1950 y 1960, se basan en la Constitución británica o en las Leyes de los Comunes (*Common Laws*).

¹⁶ Con el crecimiento de la informalidad laboral, estos países progresivamente avanzan en dirección a sistemas universales de protección de salud, como revelan recientes cambios en sus legislaciones y políticas de salud.

pobres, los ricos sufren patologías más caras que exigen terapias, exámenes, medicamentos e intervenciones igualmente más costosas.

En este sentido, *la gratuidad/igualdad* de tratamiento en los servicios de salud entre pobres y ricos puede encubrir una enorme *inequidad* de acceso a los servicios en beneficio de los últimos. La situación es aun más grave cuando se consideran los escasos recursos de financiamiento público de salud, los que acaban financiando las patologías de los que tienen menos barreras para acceder a los servicios –los más ricos– sin que sobren recursos para tratar las patologías de los que tienen mayores dificultades de acceder a los servicios –los más pobres.

Entendido el universalismo como *medio* (o como proceso), todos deben tener acceso gratuito a los servicios de salud garantizados por el Estado (no necesariamente a través de la provisión pública), independientemente de la etapa del ciclo de vida en que se encuentren los afectados, de las condiciones socioeconómicas o del riesgo epidemiológico individual familiar. La protección de la salud pasaría, en esta perspectiva, por soluciones totalmente fuera del mercado (en el caso de la provisión pública) o parcialmente fuera del mercado (a través de la compra de servicios en un régimen de monopsonio en el cual el Estado es el único comprador).

Sin embargo, entendido el universalismo como *fin* (o como resultado) para lograr condiciones de acceso a la salud equitativas para todos, hay que considerar la desigualdad de los orígenes de los individuos o familias. Los servicios de salud deben atender a cada uno según sus necesidades, basadas en el riesgo epidemiológico y condiciones socioeconómicas y demográficas. Además, aunque la salud sea un valor sin precio, la salud tiene un costo. En condiciones de mercado, la concepción que considera el universalismo como fin aceptaría que el costo de la salud podría ser financiado por aquellos con capacidad de pago, a fin de que se garanticen más recursos para que el Estado atienda las necesidades de aquellos sin capacidad de pago, los cuales se beneficiarían del subsidio estatal a través de la provisión pública directa de servicios, de la transferencia de recursos o de la garantía para que las familias compren los servicios que necesitan en el mercado.

El éxito en la implementación de cada una de las concepciones de universalidad en salud –como medio o como fin– depende de varias circunstancias. En general, la idea de universalidad como medio puede ser útil en sociedades en las que no hay desigualdades visibles en la calidad y acceso a los servicios desde el punto de vista socioeconómico y geográfico. Algunos países europeos, como los escandinavos por ejemplo, pueden mantener sistemas en los que la universalidad en salud es un medio, ya que el fin –la lucha por condiciones equitativas de salud para todos– fue logrado por otras políticas sociales durante la larga marcha de construcción del Estado de Bienestar Social en las décadas de 1950 y 1960.

De manera similar, sociedades profundamente desiguales en su origen podrán generar desigualdades aun mayores si avanzan por un camino que asegure la práctica de la universalidad como medio en salud. El acceso universal y gratuito permitido por este tipo de filosofía podría llevar a los estratos sociales de mayor ingreso, constituidos por familias de clase alta y media, con conexiones sociales y mejor información, a practicar estrategias exitosas para orientar los recursos públicos de la salud hacia su propio beneficio, lo que configura una situación de *riesgo moral*,¹⁷ distorsionando la organización de los servicios frente a las prioridades epidemiológicas de la población y reduciendo las oportunidades de acceso para los más pobres y peor informados. Estos últimos, al vivir en las villas miserias y otros sitios en los cuales los servicios son escasos y de peor calidad, continuarían teniendo dificultades para acceder a los servicios y para demandar de parte del gobierno la definición de las prioridades de salud de forma compatible con sus perfiles epidemiológicos.

En este sentido, la universalización de la salud en América Latina debería tener como principio ordenador la equidad y no necesariamente la igualdad, interpretada como la gratuidad de los servicios de salud para todos. *Las reglas de equidad determinan, antes que nada, que los más pobres reciban subsidios públicos para la salud y los demás solo lo harán en caso de que el financiamiento público lo permita y sin perjuicio de los primeros.*

Otro problema asociado a la universalización es la simultaneidad en la aplicación de los principios básicos que la definen. ¿Deberían los principios de acceso universal, equitativo e integral ser garantizados al mismo tiempo que es necesaria una jerarquía y una secuencia temporal en su implementación?

La secuencia correcta es: primero, definir el conjunto de prestaciones que deberían ser garantizadas como universal; segundo, definir cuáles son los mecanismos de equidad para que todos tengan acceso a lo que fue garantizado como universal; y por fin, definir un plan de inclusión de nuevas prestaciones hacia el futuro. Dos países latinoamericanos ilustran los efectos negativos de la simultaneidad de los principios correlacionados con la universalidad de la cobertura en el financiamiento y aumento de riesgo del sistema de salud: Colombia y Brasil.

La Constitución de Colombia de 1991 define la cobertura de salud en el país como universal con subsidio para los más pobres, pero se omite el tema de la integralidad de la cobertura. Esta es definida a través de Planes Obligatorios

¹⁷ El concepto de riesgo moral en salud está asociado con situaciones en las que el costo marginal para el individuo (en este caso de clase más alta) en consumir una cantidad adicional de un bien o servicio de salud ofertado por el Estado, es menor que el costo marginal para la sociedad o para otros grupos sociales, resultando ello en una situación subóptima de utilización de los recursos disponibles en el sector.

de Servicios (POS) que son definidos por el Estado, sea mediante el régimen contributivo, sea por el régimen subsidiado. En los últimos años ha crecido el número de tutelas –reclamos jurídicos de los beneficiarios del sistema hacia el Estado– para lograr cobertura y financiamiento de prestaciones no contempladas en los paquetes de servicios, y la justicia ha actuado sistemáticamente a favor de los beneficiarios, aumentando los costos del sistema para los usuarios y para las finanzas públicas. Solo en 2007 más de tres mil pacientes con VIH-SIDA solicitaron la cobertura de medicamentos, y hay casos en que los beneficiarios ganan las causas, incluso en temas como cirugía plástica, basados en el hecho de que el derecho a la imagen es parte del derecho a la salud.

En Brasil, la Constitución de 1998 define la cobertura como universal, gratuita e integral, pero, en la práctica, las tablas de procedimientos del SUS financian un conjunto limitado de procedimientos. En los últimos años ha aumentado el número de quejas respecto de la cobertura financiera de medicamentos y procedimientos de alta tecnología, sobre la base de la garantía constitucional. Algunos alcaldes, por ejemplo, han estado presos porque no disponían de los recursos en los cofres municipales para el pago de dichos reclamos.

La garantía universal a la salud es un derecho colectivo y tiene una interpretación particular en lo que se refiere a los derechos individuales. *El poder judicial debería proteger a los individuos cuando prestaciones de salud aseguradas por un plan o paquete explícito no les son entregadas. Pero no debería garantizar servicios que no hayan sido elegidos como colectivamente prioritarios, dado que una vez que estos sean garantizados, los servicios esenciales dejarán de ser entregados a quien los necesita por una cuestión de insuficiencia financiera.*

Al garantizar que las tutelas en Colombia o los reclamos en Brasil ganen en los tribunales, el poder judicial se equivoca en tratar como tema de derecho individual un tema que es de derecho colectivo, y con esto acaba inestabilizando la base financiera de todo el sistema público de salud. Por lo tanto, es esencial que en los próximos años la universalización de la salud en la región no sea comprometida por estos errores de interpretación jurídica.

3.2. El público y el privado: reinterpretando las evidencias

Como ya se ha mencionado, las reformas de salud en ALC han sido criticadas por haber favorecido la privatización del sector salud. Para elaborar mayores consideraciones, hay que saber lo que significa privatización.

¿Constituye la privatización aumentar el gasto privado en salud? Por este concepto, la privatización en salud se ha revertido. Si se considera el conjunto de las regiones en desarrollo, los países de ALC presentaban en 1990 la mayor

participación del gasto privado sobre el total del gasto en salud. Las reformas de salud no contribuyeron al aumento de la privatización, sino, por el contrario, a su disminución. Entre 1990 y 2005 –período durante el cual se implementó la mayoría de las reformas de salud–, los gastos privados como proporción de los gastos totales en salud en América Latina disminuyeron de 57% a 49%.

¿Sería privatización el aumento de la gestión privada sobre el gasto público en salud? Esta es una pregunta difícil de responder. En primer lugar, porque la gestión privada sobre el gasto público implica la existencia de procesos de regulación sectorial que permitan que el gasto privado garantice una buena *performance* en los resultados presentados por los indicadores de salud, en la satisfacción de los usuarios y en la eficiencia en el uso de los recursos.

En los últimos años aumentó el papel de la regulación de salud en América Latina. La creación masiva de entidades de regulación en salud desde fines de la década de 1980 apunta a esta dirección¹⁸. Varios estudios muestran la mejoría de los procesos de regulación sobre entidades privadas de salud. Pero este movimiento no ha sido acompañado por procesos similares que aumenten la regulación sobre entidades públicas de salud.

La prestación de servicios por parte de los establecimientos públicos no ha sido objeto de los procesos de regulación y mejoría de la calidad, lo que contribuye al deterioro de la calidad de los servicios prestados por estas entidades y a distanciar la calidad del acceso a la salud entre los distintos niveles de ingreso. La gestión pública de los establecimientos de salud sigue basada en reglas rígidas, orientadas por la oferta, así como continúa atada a presupuestos históricos que no permiten asociar los gastos a los resultados o al pago del personal por desempeño y productividad. Además, reglas de inamovilidad en el empleo y la existencia de un gremialismo fuerte y resistente hacen que políticamente sea indeseable cambiar los sistemas de gestión de los establecimientos públicos. El corporativismo médico tiene una gran influencia en la selección de los gerentes para los puestos de mando del sector, los que establecen alianzas con los gremios y no con la población misma.

¹⁸ La creación de la Superintendencia de Isapres en Chile, a finales de la década de 1980, posteriormente transformada en la Superintendencia de Servicios de Salud; la creación en el mismo período del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) en Argentina, que también hoy se denomina Superintendencia de Seguros de Salud; la creación en los años 90 del Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social en Colombia, que recientemente se transformó en el Consejo de Regulación de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, también en este país; la creación de la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS) en Brasil, son únicamente algunos ejemplos que demuestran el esfuerzo por aumentar los procesos de regulación en salud.

En la última década, algunos gobiernos intentaron revertir este proceso por medio del establecimiento de nuevos horizontes para las instituciones públicas, aunque con carácter experimental. Dos modelos se han destacado a nivel regional en este proceso: el de las organizaciones sociales en Brasil y el de las empresas sociales del Estado en Colombia. Algunos hospitales públicos en estos países pasaron a flexibilizar o a tercerizar su gestión hacia grupos independientes, con sistemas de manejo administrativo, presupuestal, con incentivos y reglas de contratación de personal propios del sector privado.

En el caso de Brasil, hospitales organizados bajo el régimen de organizaciones sociales presentan menor tasa de mortalidad y mejores indicadores de eficiencia que hospitales públicos tradicionales que reciben los mismos recursos, son del mismo tamaño y operan con pacientes cubiertos por los fondos públicos.¹⁹ Con estos modelos de gestión combinada público-privada, algunas experiencias públicas de gestión en salud empiezan a lucir resultados en salud, en función de los cambios introducidos.

Pero dichos procesos todavía se encuentran en una fase inicial y aún es necesario recorrer un largo camino antes de obtenerse ganancias de escala en términos de eficiencia (mejor productividad asociada a los insumos utilizados) y eficacia (mejores resultados en términos de cobertura y calidad de los servicios).

Este sendero involucra cambios en los conocimientos, intereses, valores, actitudes y, fundamentalmente, en los incentivos asociados a la gestión de los servicios de salud. Involucra sobre todo la existencia de procesos externos de evaluación de resultados y de acreditación de las instituciones de salud.

La mayoría de las instituciones de salud en América Latina, incluidos los hospitales, no están acreditadas y pocos países cuentan con procesos todavía incipientes de acreditación. En Brasil, los procesos de acreditación de los hospitales empezaron a ser definidos (inclusive a través de normativas del Ministerio de Salud) en la segunda mitad de la década de 1990, pero en 2003 únicamente 55 hospitales en Brasil estaban acreditados. No hay incentivos financieros para la acreditación y el gobierno no consigue generar consenso político y flexibilidad institucional en la gestión de las unidades públicas de salud para promover procesos consistentes de acreditación.

En los demás países de la región, asimismo, pocos hospitales han sido sometidos a estos procesos, en general de forma voluntaria y asociados a los deseos de participar de los mercados internacionales de salud.

¹⁹ Los resultados positivos alcanzados por las organizaciones sociales del estado de São Paulo (Brasil) son detallados en una reciente publicación del Banco Mundial. Ver La Forgia y Couttolenc (2008).

Es posible sugerir caminos para mejorar la eficiencia y la calidad en el uso de los recursos públicos de salud en beneficio de la población. Dichos caminos pasan por procesos que flexibilicen la gestión pública y que garanticen mayores posibilidades de integración con unidades privadas en los procesos de gestión, adquisición y entrega de servicios de salud. Los pasos requeridos son los siguientes:

- Aumentar la autonomía, flexibilidad de gestión y transparencia del sector público de salud.
- Aumentar la colaboración y contratación mutua entre los establecimientos públicos y privados en la gestión y entrega de los servicios.
- Alinear los incentivos y estrategias de financiamiento de los servicios de salud entre el sector privado y el sector público para cambiar el comportamiento de los gestores de servicios de salud.
- Aumentar la coordinación entre redes de establecimientos públicos y privados de salud con el fin de aumentar la eficiencia y la respuesta de los servicios de salud a los usuarios.
- Garantizar una mejor calidad y eficiencia de los recursos invertidos en la prestación de servicios a través de procesos de monitoreo, evaluación y acreditación de establecimientos públicos y privados de salud.

Las formas de apropiación y distribución del producto de salud son más importantes a efectos de mejorar la cobertura, equidad y calidad de los servicios, que las formas de propiedad y de gestión de las unidades de salud. No importa si la producción es organizada o canalizada por el sector privado si el alcance de esta producción lleva a mayores beneficios para la población.

Las evidencias parecen demostrar que las formas tradicionales de organización del sector público en salud en la región han dado por resultado menos impactos sociales y despilfarros de los recursos provenientes del Estado. La canalización de los recursos públicos para la compra, organización y entrega de los servicios al sector privado fortalece el verdadero papel del Estado en salud, que es planificar, regular, monitorear y evaluar la mejoría de la cobertura, calidad y capacidad resolutive de los servicios de salud en los contextos nacionales.

3.3. La ética de la función pública

La salud ha sido considerada como uno de los sectores en los que más desviaciones de conducta han sido detectadas. Por este motivo, la Transparencia Internacional –institución mundial especializada en el estudio y promoción de

conductas éticas en los servicios públicos— ha dedicado su informe de 2006 al tema de la corrupción en el ámbito de la salud (Transparencia Internacional y Banco Interamericano de Desarrollo 2007).

En líneas generales, la corrupción en el sector salud es percibida como alta en América Latina por parte de su población. En nueve países de la región, el porcentaje de la población entrevistada que experimentó o vivenció algún tipo de corrupción asociada al sector público de salud en 2004, varió de 2,7% en Costa Rica a 12,7% en Ecuador. En Colombia, el índice de integridad²⁰ para el 2003 muestra que 59% de las instituciones de salud (en general hospitales públicos) presentaron evidencia de corrupción y que 27% de los empleados públicos de estas instituciones no trabajaban en sus respectivos empleos. En Perú se evidenciaron fuertes desviaciones de recursos en el Programa Nacional de Leche, y en Brasil han sido comprobados varios escándalos con recursos públicos, en áreas como sangre y hemoderivados, compra de ambulancias, medicamentos y otros, especialmente en los últimos años.

Los datos de Transparencia Internacional muestran que la proporción de víctimas (personas involuntariamente involucradas) de corrupción en el sector salud en ALC es mayor en los países más pobres, con menor nivel de desarrollo y con menor gasto público per cápita en salud (o mayor participación del gasto del bolsillo en salud). La existencia de corrupción tiene como causa fallos en el comportamiento de los individuos de los servicios, pero también en los propios gobiernos y en las instituciones proveedoras de servicios.

Los individuos no tienen conciencia respecto de que las instituciones deben ser transparentes, no conocen sus derechos constitucionales garantizados en salud y tampoco disponen de información acerca de cuáles servicios deben recibir y a qué costo. Los gobiernos, a su vez, no tienen sistemas de auditoría ni regulaciones que incentiven la transparencia y/o penalicen las prácticas corruptas. Incluso cuando tienen mecanismos de evaluación y control de fraudes, no tienen instrumentos para garantizar que las leyes sean cumplidas.

Por otro lado, fraudes en los sistemas de salud han sido muchas veces utilizados para el financiamiento de campañas políticas o para el pago de deudas de campaña, como sucedió en algunos países de la región. En estos casos es común que algunos partidos políticos, cuando asumen el poder, acepten la corrupción en salud de parte de sus colaboradores políticos como pago por los favores recibidos.

Con recursos limitados para hacer frente a las promesas de cobertura universal e integral, es corriente que el gobierno pague a los proveedores por debajo de los costos o de los precios de mercado y por ello acaban siendo más

²⁰ Este índice considera 20 indicadores objetivos asociados a la medición de temas como transparencia, control y uso de sanciones, y eficiencia e institucionalidad.

tolerantes en relación a prácticas corruptas como mecanismo de compensación. Por estos motivos, *la corrupción en el sector salud debe ser definida como una falla del Estado y no del mercado.*

Los hospitales han sido frecuentemente apuntados como las instituciones en las que es mayor la frecuencia de corrupción en salud. En las estrategias de compras han sido verificados sobrepagos por bienes y servicios, sobornos, comisiones ilegales o incluso incumplimiento de normas contractuales de control de calidad. El desvío de fondos presupuestarios o el cobro por fuera por los servicios a través de pagos informales son prácticas consentidas por la alta administración de muchos hospitales públicos en América Latina, aunque ello sea prohibido.

La falsificación de documentos de seguros, de registros de servicios prestados, de licencias, acreditaciones o certificación de instalaciones como forma de extorsión o soborno, así como la facturación por valores superiores a los servicios prestados y la realización de servicios innecesarios, son también prácticas corrientes practicadas en los hospitales, por los seguros públicos e incluso por los servicios privados en salud.

El ausentismo laboral es otra forma de corrupción consentida por las administraciones, lo que lleva a que muchos profesionales puedan ejercer empleos múltiples y ser contratados por más de 120 horas de trabajo semanales.

Políticas de descentralización en salud pueden favorecer la reducción de la corrupción en el sector salud, en la medida en que ponen la gestión de los servicios cerca de las comunidades locales, aumentando su poder de fiscalización, control y denuncia. En sistemas democráticos los gobiernos locales tienden a ser más transparentes que sus contrapartes nacionales, en la medida en que los electores son capaces de tener más información y capacidad de juzgar a las autoridades locales y eventualmente castigarlas en las próximas elecciones. Sin embargo, al no existir personal especializado, educación ciudadana e información que llegue al elector, los riesgos de corrupción persisten en igual medida.

Brasil fue un país que optó por la descentralización de la gestión en salud hacia los municipios. En los años más recientes, la Contraloría General de la Unión (CGU) de Brasil, organismo del gobierno central, empezó a realizar, de forma aleatoria, evaluaciones sobre cómo los municipios (menores de 500 mil habitantes) han aplicado los recursos transferidos por el gobierno federal.

Un estudio financiado por el Banco Mundial (Avelino y Biderman 2006) evaluó los resultados de esta base de datos del CGU para una muestra de 500 municipios brasileños durante el período 2003-2005. Los datos muestran que 69% de estas municipalidades presentaron indicios de corrupción con el uso de los recursos públicos transferidos por el gobierno federal.

Las mayores tasas de corrupción se verificaron en los municipios que no mantenían procesos regulares de representación en los Consejos Municipales

de Salud. Los municipios más pobres también tienden a presentar niveles de corrupción mayores. Aparentemente, las menores tasas de corrupción no estaban relacionadas con otros elementos de participación, como procesos de presupuesto participativo.

El tema de la transparencia y la corrupción en salud podrá mejorar con mejor educación de la población en temas de transparencia, participación social y a través del aumento de la voluntad política de la población.

Códigos de ética y conducta para profesionales de salud, una vez que son difundidos y conocidos por parte de la población, ayudarían a que esta tenga un comportamiento más activo en sus tareas de vigilancia. Pero más importante que todo es la certidumbre de que las leyes y sanciones se aplicarán siempre que estos casos sean denunciados y comprobados.

3.4. Financiamiento para la universalización con equidad y calidad

Las principales fuentes de financiamiento de la salud son los recursos presupuestarios públicos (de los gobiernos centrales y locales), los recursos de la seguridad social (basados en contribuciones sobre la nómina de las empresas y empleados), los recursos de seguros privados, compulsorios o voluntarios, y los recursos pagados directamente por los usuarios de servicios (gastos del bolsillo). La combinación de estos montos cambia de país a país, pero en general estas formas existen en la mayoría de las naciones. En la actualidad, los instrumentos de financiamiento de salud no aseguran *la cobertura, la equidad y la calidad de los servicios*.

Para evitar estos fallos es necesario buscar modelos de financiamiento que incentiven la ampliación del acceso a los servicios y que eviten un compromiso excesivo del presupuesto familiar de los más pobres. Los gastos del bolsillo penalizan a los más pobres en los siguientes aspectos:

- i. En general están asociados a las familias que no tienen cobertura regular del sector público o de alguna forma de seguro de salud, y su cobertura, cuando existe, no es suficiente para cubrir riesgos catastróficos.
- ii. En situaciones catastróficas que exigen internaciones, exámenes, tratamientos o medicamentos costosos, las familias pasan a utilizar todos los recursos disponibles de sus presupuestos familiares para tal fin, elevando su probabilidad de empobrecimiento (Baeza y Packard 2006).
- iii. Los mecanismos de aseguramiento en salud están en general asociados a los sectores formales del mercado de trabajo, en los cuales se insertan personas protegidas por seguros compulsorios de salud (o a través de seguridad social o mediante formas mixtas de seguros público-privados), como

se ha verificado en países como Chile, Colombia, Costa Rica, México, Argentina y Perú. Sin embargo, los sectores informales y los más pobres no disponen de mecanismos de *risk pooling* que les permitan participar de estrategias de aseguramiento, que reduzcan los costos de cobertura de salud y que les permitan evitar los riesgos catastróficos de empobrecimiento en función de impactos por salud.

Frente a estas circunstancias, algunos países avanzaron en la generación de mecanismos de aseguramiento voluntario con subsidios públicos asociados al nivel de ingreso o al perfil de riesgo epidemiológico por género y edad. En América Latina, dos países se destacan por implementar mecanismos como este: Colombia y México.

En Colombia, el mecanismo se desarrolló bajo el alero de la Reforma de Salud de Colombia de 1993, la cual generó *seguros de salud para los grupos sin capacidad de pago*. El mecanismo consiste en la definición de un conjunto de prestaciones de salud para afiliados sin capacidad de pago. La garantía de este conjunto de prestaciones es administrada por empresas (públicas o privadas) denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) que contratan Instituciones Prestadoras de Salud (IPS, también públicas o privadas) para entregarlas a los afiliados. Un sistema de información de beneficiarios (SISBEN) evalúa la capacidad de pago de aquellos que se inscriben en las ARS para determinar si son elegibles y cuál es el monto del subsidio a ser transferido. En este sentido, tres situaciones son permitidas: la de los individuos que son integralmente subsidiados, la de aquellos que son parcialmente subsidiados y la de los que no son elegibles y no se insertan en el sistema.

Entre 1997 y 2006, los beneficiarios del régimen subsidiado en salud evolucionaron de 7 a 21 millones de personas (más de la mitad de la población del país) y hoy el contingente afiliado a este régimen es mayor que el afiliado, de forma compulsoria, al Régimen Contributivo operado por las Empresas Provisionales de Salud (EPS) que administran los beneficios de los trabajadores del sector formal y sus familias. Esto explica por qué Colombia, después de casi una década de extensión del Régimen Subsidiado en Salud, presentaba en 2005 la menor participación de gastos del bolsillo sobre el total de gastos en salud entre todos los países de ALC.²¹

En México, a partir de 2001, se implementó el instrumento denominado Seguro Popular de Salud (ver Nigenda 2005). Este instrumento fue desarrollado por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal como un programa de asegu-

²¹ La participación de los gastos del bolsillo en el financiamiento de salud en Colombia en 2005 era de 6,9%; valor inferior incluso al de Cuba, donde llegaba a 8,3% en el mismo año.

miento voluntario, dirigido a poblaciones pobres, ubicadas en el fondo de la estructural salarial y sin acceso a servicios de seguridad social, administrados por el IMSS (Instituto Mexicano de Seguridad Social). En su fase piloto, el programa fue capaz de afiliar a más de un millón de personas entre 2001 y 2003. La población sin capacidad de pago es subsidiada y los demás pagan una proporción de la prima de acuerdo a su ingreso, siendo el resto subsidiado por fondos públicos.

Después de un largo proceso de negociaciones entre la Secretaría de Salud, el Congreso Nacional y los gobiernos de los estados, en febrero de 2005 el programa había logrado ya incorporar a 31 estados mexicanos. El programa ofrecía inicialmente un paquete de 78 intervenciones que más tarde fue ampliado a 91. Cada estado tiene la posibilidad de agregar intervenciones al paquete de acuerdo a su conveniencia y capacidad financiera. Basado en la demanda observada, el programa entró en una nueva fase en 2004 y actualmente involucra a más de 11 millones de beneficiarios. Mientras tanto, una de las condiciones para pertenecer al programa es no ser afiliado del IMSS y, por lo tanto, estar en el mercado de trabajo informal.

Los programas de seguro subsidiado de salud tienen algunas ventajas sobre los mecanismos tradicionales de financiamiento público de la salud: (i) protegen a los individuos contra impactos en salud, en la medida en que garantizan un conjunto de prestaciones definidas y previamente costeadas a través de instituciones sólidas, y evitan el riesgo de empobrecimiento por problemas crónicos continuados de un miembro de la familia; (ii) aumentan el poder de los ciudadanos en la medida en que su protección es garantizada por una relación contractual entre la empresa aseguradora y el individuo, lo que les permite cobrar, hacer reclamos y ser protegidos por los sistemas de defensa del consumidor en casos de no cobertura; (iii) aumentan la responsabilidad de los administradores (aseguradores públicos o privados), permitiendo el seguimiento de las condiciones de salud de una población definida; y (iv) en función de la competencia con otros administradores, se establecen incentivos para la administración del riesgo de los asegurados, para la reducción de costo y para la mejoría de la calidad de la atención al paciente a través de medidas preventivas y promocionales, y de la mejoría de la información del usuario; (v) permiten una mejor focalización del gasto público en los individuos que realmente necesitan del subsidio público, así como la recuperación de costos de los que tienen capacidad de pago.

Las principales críticas relacionadas a los programas de seguro voluntario basados en subsidio público están asociadas al incentivo que dichos programas crean para el aumento de la informatización del trabajo. Según algunos autores (ver Levy 2008), tanto los trabajadores como los empleadores quedarían incentivados a aceptar contratos informales de trabajo, ya que uno de los principales estímulos para que trabajadores se formalicen es la existencia de mecanismos

institucionales de protección a la salud garantizados por las instituciones de seguridad social.²²

Entre 2000 y 2005, la participación de la seguridad social en el financiamiento del sector salud en los países de ALC ha crecido muy poco, representando 18% de los gastos totales en salud. Pero en algunos países, como Colombia y Costa Rica, la seguridad social es todavía la principal fuente de financiamiento en salud. En Colombia, pese al aumento de la informalidad, la participación de la seguridad social en el financiamiento de los gastos totales de salud aumentó de 49% a 59%, lo que refleja un aumento de la transferencia de recursos del régimen contributivo al régimen subsidiado. En esta situación, el país amerita evaluar si dichas transferencias están siendo utilizadas por personas que efectivamente necesitan del subsidio público o si el monto de subsidios podría reducirse a partir de otras formas contributivas de financiamiento, por parte de los usuarios, como propone el régimen de subsidio parcial.

Hay que considerar que la informalidad es determinada por múltiples factores, tales como un clima inadecuado de negocios e inversión privada, y bajos niveles de capital humano y de educación para el trabajo. Estas distorsiones llevan a la segmentación de los mercados de trabajo, a altos costos de transacción para el establecimiento de negocios, así como a altos costos (tanto para los empleados como para los empleadores) para insertarse en la seguridad social; además, debe considerarse la carencia de una cultura para hacer cumplir la ley (Perry and Maloney 2007). Entre estos factores, la existencia de programas de salud destinados a los informales, como el Seguro Popular en México, o el Régimen Subsidiado en Colombia o incluso los programas de transferencia condicionada del ingreso, como el Oportunidades en México y el Bolsa Familia en Brasil, pueden contribuir a la permanencia de la informalidad, pero seguramente no es ni el único ni el principal factor que lleva al crecimiento del sector informal.

Por otro lado, hay que considerar el impacto positivo de programas como el régimen subsidiado (que funciona desde 1993) en la reducción del gasto directo del bolsillo, que es la forma más regresiva de gasto en salud. Entre 2000 y 2005, el gasto directo del bolsillo como porcentaje del gasto en salud disminuyó de 11% a 7% en Colombia, dando continuidad a una masiva reducción de este

²² Pese a este argumento, los datos del INEGI (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía de México) muestran que el número de beneficiarios (población derechohabiente) del IMSS y del ISSSTE –las dos principales instituciones de seguridad social de México– aumentó de 56 millones a 61 millones (excluidos los jubilados) entre 2001 y 2007, que corresponde al período de creación y expansión del Seguro Popular de salud. Por lo tanto, si hubo algún impacto del Seguro Popular en la informalidad, este no se expresó en la reducción absoluta de asegurados y beneficiarios de la seguridad social mexicana.

tipo de gasto iniciado en la década de 1990. En México, la reducción no ha sido aún sustantiva. Entre 2001 (año en que empieza en carácter experimental el Seguro Popular) y 2005, la participación de los gastos del bolsillo disminuyó de 52,3% a 51,2%, y es todavía una de las más elevadas en América Latina.

La protección financiera contra riesgos catastróficos afecta en mayor proporción a los grupos de menor ingreso, pero también han afectado a los grupos de clase media. En este sentido, formas de aseguramiento que puedan potenciar la protección para estos grupos también deberían ser puestas en marcha. Países como Singapur y Estados Unidos han establecido cuentas de ahorro de salud (*medical savings accounts*) que funcionan como mecanismos que brindan protección a individuos que pierden su seguro de salud, debido a la salida involuntaria del empleo o a la exposición a riesgos no cubiertos por los seguros existentes, como los gastos incrementales en salud de la tercera edad. Dichas cuentas deben tener incentivos fiscales para estimular el ahorro para dicha finalidad, pero para aquellos que no logran acumular recursos debido a restricciones de ingreso, el Estado debiera subsidiar los recursos necesarios para la cobertura de riesgos catastróficos.

La pirámide del financiamiento de salud debe reposar en los siguientes principios. Sobre su base estarían las acciones de salud colectiva, que actuarían como bienes públicos de salud,²³ financiados por recursos de los presupuestos fiscales y entregados por el Estado. En el nivel de la salud individual básica estarían los seguros de salud organizados bajo colaboración público-privada, con subsidios fiscales proporcionales al nivel de ingreso y al perfil de riesgo, en coordinación con la seguridad social. Estos seguros serían financiados por una mezcla compuesta de recursos públicos, recursos del presupuesto individual y contribuciones de las empresas para los empleados y sus respectivas familias. Estos seguros serían: voluntarios, para el mercado informal, y compulsorios, para el mercado formal, pero su costo no sería diferenciado entre las dos categorías, de manera de no incentivar la informalidad. Su administración correría por parte de las mismas operadoras y tanto los afiliados del mercado formal

²³ Bien público es todo aquello que tiene una doble propiedad: (i) cuando es ofertado nadie está excluido de consumirlo y (ii) no tiene consumo rival, esto es, a pesar de que muchos lo consuman estará siempre disponible para todos los que quieran consumirlo. En términos económicos, la salud no es un bien público, pero sí un estado de los individuos o de una colectividad. La mayoría de los bienes y servicios en salud (visitas, cirugías, medicamentos) son privados. Pero algunos bienes y servicios de salud pueden ser bienes públicos (como es el caso de las campañas de promoción y prevención en salud, la fumigación para el combate de enfermedades transmisibles como malaria, entre otras), dado que están asociados a funciones esenciales de salud pública.

como del informal recibirían subsidios públicos cuando el nivel de ingreso no fuera suficiente para cubrir la base de costo del seguro.²⁴

En el tope de la pirámide se ubicarían los mecanismos para el aseguramiento de riesgos catastróficos de largo plazo, como las cuentas de ahorro de salud, que garantizarían la protección adicional para eventos especiales no cubiertos por los seguros, como la ocurrencia no esperada de discapacidad, accidentes o enfermedad, cuidados a pacientes crónicos en edad avanzada, etc.

3.5. Descentralización y regionalización en salud

Desde la década de 1980, los países de ALC han experimentado un progresivo proceso de descentralización financiera del gasto en salud, ya sea a través del aumento de los recursos fiscales de los gobiernos locales comprometidos con el sector, o bien a través de una mayor delegación de competencias y recursos de los niveles centrales para los niveles locales de gobierno, relacionados con funciones básicas de salud. Entre 1980 y 2000, los gastos de los gobiernos locales de salud en ALC aumentaron de 0,4% a 0,8% del PIB. Como proporción del gasto total en salud, ellos aumentaron de 7% a 11%. Aunque no existan estadísticas regionales respecto de estos datos en los años más recientes, se proyecta que este proceso de descentralización del gasto seguirá en aumento, en función de lo observado en países federativos como Brasil, México, Argentina y Colombia.

La necesidad de descentralización en salud es un tema consensuado. La proximidad con las comunidades torna la gestión del sector más transparente, la planificación de las necesidades más realista, los resultados de las evaluaciones más difundidos y apropiados a los interesados y la flexibilidad para el cambio es mayor, a través de procesos más eficientes. ¿Pero cuáles funciones deberían descentralizarse y hasta qué nivel del gobierno? La respuesta a esta pregunta tiene aspectos técnicos y políticos.

Desde el punto de vista técnico, algunas acciones, como las campañas para el combate a enfermedades transmisibles, ameritan una mayor coordinación entre los niveles centrales y locales. Las experiencias de descentralización total, con la transferencia de responsabilidades de estas actividades a estados y municipios, en algunos países latinoamericanos resultaron en la pérdida de recursos,

²⁴ En este caso podría ser mejor la unificación del seguro popular con el IMSS, en México, o del régimen contributivo con el régimen subsidiado, en Colombia. Las empresas que administrarían los seguros serían las mismas y deberían estar aptas para trabajar con distintos niveles de clientelas, subsidiadas y no subsidiadas.

en la falta de capacidades técnicas locales y, consecuentemente, en el retorno de enfermedades previamente controladas, como es el caso del Chagas en Argentina (ver Yadon et al. 2006).

Por otro lado, programas de descentralización de atención primaria de salud hacia los municipios han sido exitosos en casi todos los países de la región. La zona gris sobre este punto se encuentra relacionada a temas como la gestión hospitalaria y de cuidados de mayor complejidad, en relación a los cuales los gobiernos locales no tienen una escala de demanda o incluso recursos para sustentarlos.

La reforma de salud en Brasil ha sido marcada por un intenso proceso de municipalización de la atención a la salud (ver Medici 2002). Si bien este proceso dio muy buenos resultados en lo que se refiere a la atención básica, en cambio no ha sido eficiente en lo relativo a la atención de segundo y tercer nivel. Las autoridades locales presionan por la construcción de hospitales que, por ser de pequeña dimensión (menos de 100 camas), acaban quedando ociosos, sin médicos ni personal calificado, representando altos costos para los presupuestos públicos y sin capacidad para atender a la población local cuando son necesarias intervenciones más efectivas (ver La Forgia y Coutellenc 2008). Los hospitales deben tener un mínimo de 150-200 camas para ser eficientes y, por lo tanto, se debe elegir dónde ellos deben emplazarse con el fin de evitar la subutilización de sus instalaciones.

La experiencia ha demostrado que la geografía de las instituciones de salud no debe corresponder a la geopolítica local. La Conferencia Mundial de Salud de Alma Ata, realizada en 1976, acerca del tema de atención primaria de salud, estableció el consenso de que la descentralización en salud debe ser inversamente proporcional al nivel de complejidad del requerimiento médico. La complejidad, a su vez, es inversamente relacionada con la frecuencia de las prestaciones de salud: cuanto menos complejas, más frecuentes. Los sistemas de salud deben organizarse de forma jerarquizada, de modo que se garantice el acceso a establecimientos de mayor complejidad para las poblaciones locales, sin que dichos establecimientos se ubiquen en todas las localidades.

En este sentido, los servicios de salud deben estructurarse en redes que abarquen todos los niveles de complejidad. La escala de operación de una red involucra poblaciones que pueden variar según características geográficas (urbanas, rurales, metropolitanas), pero una red no necesariamente debe estar contenida en un solo municipio. Dada la alta frecuencia de municipios con una escasa población, una red debe abarcar muchos municipios. Las redes de salud deben ser funcionales y, por lo tanto, tener la proporcionalidad necesaria de servicios de atención básica, de segundo, tercero y cuarto nivel de complejidad para una población de determinadas características epidemiológicas, demográficas y socioeconómicas.

Muchos países de América Latina empezaron, a partir de mediados de la presente década, a rediscutir sus procesos iniciales de descentralización y a estructurar redes funcionales de salud de modo que permitieran optimizar la escala, dimensionar los recursos e instrumentos de gestión para conseguir resultados lo más eficientes posibles en la entrega de servicios para una población determinada.

Las redes de salud deberán estar compuestas no solamente por los establecimientos públicos de salud, sino también por todas las unidades públicas y privadas que se subordinen a una estrategia común de entrega de servicios de salud a una población dada en un territorio dado. Deberán compartir los mismos incentivos financieros, iguales mecanismos de pago y facturación, así como interfaz de datos, catastros, informaciones y fondos. Además, podrán organizarse de forma competitiva en subredes que compitan para aumentar la libertad de elección de los usuarios de una región determinada.

Por otro lado, el énfasis en los municipios como instancias principales en el proceso de descentralización, como ha pasado en Brasil, ha disminuido el rol de los estados y provincias en los temas de regulación, monitoreo, evaluación y garantía de integridad en los servicios locales de salud. Restablecer dicho papel pasa por repensar el cuadro de la municipalización en salud y por la búsqueda de nuevos arreglos institucionales y financieros para el mantenimiento conjunto de las redes de salud a través de consorcios, mancomunidades de municipios, fundaciones subregionales de salud u otras. Dichas redes, aunque mantengan su autonomía administrativa y financiera, deberán estar funcionalmente subordinadas al papel regulador de las autoridades estatales y a sus procesos de evaluación, monitoreo y asistencia técnica siempre que ello sea necesario.

Repensar el tema de la descentralización lleva necesariamente a una nueva mirada en los temas de financiamiento local de la salud. Hoy en día, los procesos de descentralización han sido sostenidos por un mix de recursos locales, regionales y federales. Son pocas las instancias locales que pueden financiar la salud a partir de sus propios recursos. Los recursos transferidos desde los niveles centrales a los locales en América Latina han sido distribuidos sobre la base de presupuestos históricos.

Algunas innovaciones, como sistemas de transferencia per cápita, han sido introducidas, pero únicamente para partes del presupuesto transferido (como es el caso del piso de atención básica en Brasil). El uso de fórmulas que distribuyan los recursos según la capacidad local de financiamiento, las necesidades de salud, la capacidad instalada y, sobre todo, los incentivos relacionados con la gestión y los resultados alcanzados (como ocurre en el sistema de salud inglés) pueden mejorar la eficiencia del uso de los fondos públicos y crear una competencia regional saludable por una gestión de calidad.

3.6. El acceso a medicamentos e insumos esenciales

El acceso a medicamentos e insumos esenciales es uno de los principales factores para la garantía de la efectividad de los servicios de salud. Una visita al médico no tiene resultados si el paciente no logra conseguir los medicamentos prescritos. Medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población y son seleccionados según su relevancia en la salud pública y las evidencias de su eficacia y seguridad, en conformidad con la mejor relación costo-efectividad. Según la OMS, los medicamentos esenciales deben estar siempre disponibles para atender las necesidades de los sistemas de salud en las proporciones y dosis adecuadas, con calidad asegurada y a un precio asequible. Desde la década de 1970, la OMS elabora un listado de medicamentos esenciales, que hoy incorpora aproximadamente 300 ítems.

En los países de ALC, los datos sobre acceso a medicamentos esenciales son poco fiables ya que no existen muchos estudios sistemáticos en relación al tema. Asimismo, el PNUD realizó algunas estimaciones basadas en fuentes múltiples para el inicio del milenio. Según estas estimaciones, por lo menos 159 millones de personas –cerca del 30% de la población latinoamericana– no alcanzaban a tener acceso regular a medicamentos esenciales.

La situación económica favorable de los últimos cinco años ha llevado a los países de ALC a constituir un gran mercado potencial para la industria farmacéutica internacional. Pero el crecimiento y ocupación de este mercado por esta industria, asociado a la falta de regulación e información adecuada en la mayoría de los países, lleva a una expansión de la venta de medicamentos dissociada del alcance de la meta de acceso regular a medicamentos esenciales.

Aunque represente menos del 5% del mercado mundial de medicamentos, las ventas de farmacéuticos en los países de ALC aumentaron en 12% entre 2003 y 2006, mientras que el crecimiento mundial fue de solamente 6,5%.²⁵ Dicho crecimiento ha llevado a la inversión externa a la modernización de la capacidad doméstica de producción, aunque de forma bastante desigual en algunos de los sectores.

Además de los problemas de acceso mencionados, hay fuertes desafíos para la mejoría de la calidad en la gestión de medicamentos esenciales, tales como: (i) debilidades en los procesos de regulación, selección y uso racional de medicamentos; (ii) falta de financiamiento sostenible y precios accesibles a los medicamentos existentes; (iii) ausencia de sistemas de salud sólidos que permitan la integración entre las estrategias de distribución y el acceso a medicamentos

²⁵ El mercado farmacéutico de Estados Unidos y Europa creció solamente 8% y 5%, respectivamente, en el mismo período.

con las estrategias asistenciales vigentes; y (iv) procesos que permitan avances en la investigación científica y el desarrollo tecnológico para la producción de medicamentos esenciales.

Las principales deficiencias en los procesos de regulación, selección y uso racional de medicamentos se asocian a la falta de capacitación y de incentivos por parte de los profesionales de salud (como médicos y farmacéuticos) para estudiar medios orientados a la maximización de la efectividad clínica de los medicamentos comprados en el mercado o recibidos por los servicios de salud y distribuidos entre los ciudadanos por las instancias públicas. Con esto se incrementan los costos y los niveles de despilfarro, lo que genera falta de medicamentos para quienes más los necesitan y, al mismo tiempo, la sobreprescripción para los grupos con capacidad de pago.

Faltan, además, instrumentos adecuados para regular la propaganda de los medicamentos y para hacer cumplir las leyes que prohíben la adquisición en farmacias, sin receta médica, de medicamentos prescritos. Faltan políticas explícitas que favorezcan el uso de mecanismos genéricos, especialmente en los países más pobres.

En lo que se refiere al financiamiento sostenible a precios razonables, las principales barreras son, en primer lugar la falta de equidad en el uso de los recursos para la compra de medicamentos, especialmente con recursos públicos. Los medicamentos que llegan primero a los servicios son los que definen la demanda y no los medicamentos que se apoyan en las necesidades epidemiológicas de la población. Además, faltan instrumentos que faciliten procesos de licitación, compra, almacenaje y distribución de forma transparente y eficiente. No se discuten o se precisan los casos en que las compras deben ser centralizadas o descentralizadas, y tampoco la logística de las redes de distribución.

Faltan criterios objetivos para la armonización de políticas de patentes y de uso de la propiedad intelectual que sean compatibles con las normas aceptadas internacionalmente, y del uso de instrumentos de negociación que no debiliten los intereses de los actores nacionales involucrados. Faltan políticas de comercio exterior que incentiven la integración de los mercados regionales y maximicen ventajas comparativas en cuanto a la producción doméstica y a la importación de medicamentos esenciales, sobre la base de una liberalización racional de tarifas comerciales y de un sistema transparente de costos y de formación de precios. Todas las acciones que vengan a corregir dichas deficiencias podrán llevar a políticas de precios que garanticen la sostenibilidad financiera para el acceso a medicamentos a largo plazo sobre la base de incentivos adecuados y de información transparente.

En lo que se refiere a la inexistencia de sistemas de salud sólidos e integrados para aumentar la eficiencia y el acceso a medicamentos esenciales, hay que destacar que la

deficiencia de los procesos de referencia y contrarreferencia, así como la debilidad en el uso de protocolos clínicos asociados a los servicios impide el uso de recetas médicas electrónicas, las que podrían mejorar el control en la distribución de medicamentos, generando información sólida para futuros procesos de evaluación clínica, los que facilitarían la distribución de medicamentos sobre la base de una logística definida a partir de la información generada por la red de salud.

Finalmente, en lo que se refiere a *la generación de investigación científica y desarrollo tecnológico para aumentar el acceso a medicamentos esenciales*, cabe destacar que los países de ALC deberían participar más activamente en el establecimiento de prioridades y necesidades de investigación en este campo, de manera de generar conocimiento relativo a enfermedades ya olvidadas por los países desarrollados y que todavía hacen parte de la carga de enfermedad de los países de la región y de otros países en desarrollo en otras regiones. Para tal efecto, se podría formular una agenda común en colaboración con centros de investigación similares en otras regiones (inclusive de países desarrollados) y dedicar un mayor presupuesto para el financiamiento de estas actividades, en colaboración con empresas nacionales o internacionales interesadas en participar.

La generación de capacidad de innovación, a través de procesos que coordinen actividades de educación, propiedad intelectual y transferencia de tecnología, también es relevante. Se espera de los países desarrollados la liberalización del uso de patentes y licencias que maximicen el acceso a innovaciones, por un lado, y también la difusión de estos procesos para que estén disponibles, generando soluciones para la reducción de los costos de tratamiento para los más necesitados.

3.7. Las funciones esenciales de salud pública y la coordinación intersectorial

El Estado tiene funciones esenciales de salud pública que no son delegables a otras instituciones, en especial aquellas asociadas a la generación de bienes públicos en salud. Estas actividades pueden ser clasificadas en el ámbito interno y externo al sector.

En el ámbito interno destacan las campañas de promoción y prevención de enfermedades transmisibles a través de los servicios de vigilancia sanitaria y epidemiológica, y de los programas de vacunación; las funciones de promoción a la salud asociadas a factores de riesgo, en particular en temas de enfermedades crónicas; y las funciones de regulación de productos, equipamientos e insumos utilizados en el sector salud.

En el ámbito externo o en la coordinación intersectorial es necesaria la integración con otros organismos públicos y privados para garantizar temas de intereses del sector salud, como educación (generación de conciencia sanitaria y salud personal), trabajo (promoción de la salud del trabajador y prevención de accidentes y enfermedades profesionales), medio ambiente (salud ambiental, que adquiere cada vez mayor relevancia debido al cambio climático y las medidas asociadas a su prevención), justicia (violencia y crimen, y los impactos asociados), transporte (accidentes de tránsito), saneamiento básico (enfermedades de transmisión hídrica), agricultura (temas de nutrición), industria y comercio (vigilancia sanitaria de productos alimenticios, cosméticos, medicamentos, etc.), entre otros.

Las *enfermedades transmisibles* más frecuentes en América Latina son la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, diarreas, enfermedades transmisibles preponderantes en la infancia (tos, sarampión, poliomielitis, etc.), meningitis, hepatitis, malaria, enfermedades tropicales (entre las que se incluyen la enfermedad de Chagas), lepra, dengue, encefalitis japonesa, tracoma y enfermedades transmisibles intestinales. Si bien ellas representen solamente el 10% de la carga de enfermedad de la región, cada una de las enfermedades que componen este subgrupo tiene sus propios factores específicos de riesgo, lo que torna difícil sanarlas a través de acciones descoordinadas o aisladas. Buena parte de las enfermedades comunicables son transmitidas por vectores que se multiplican a través del agua no protegida o de la falta de acceso a agua tratada. Así, cuanto peores sean las condiciones de saneamiento, mayor será la incidencia de estas enfermedades. La coordinación con políticas de saneamiento básico es esencial para lograr resultados positivos en el combate a dichas enfermedades.

Entre las enfermedades transmisibles, el VIH/sida responde por la mayor mortalidad (26%). Las diarreas (17%) están en segundo lugar, concentrándose entre los niños menores de cinco años de edad. Siguen en orden de importancia la tuberculosis, las meningitis y la enfermedad de Chagas, con 14%, 5% y 4%, respectivamente, de la mortalidad. Las enfermedades comunicables responden en ALC por el 23% de las muertes de niños entre cero y cuatro años de edad (incluidas la diarrea, que responden por el 11% del total de las muertes). Existe, por lo tanto, una correlación positiva entre enfermedades comunicables, mortalidad infantil y acceso a agua.

Los gobiernos necesitan mantener los esfuerzos en vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y tratamiento de dichas enfermedades (especialmente de VIH-sida, tuberculosis y Chagas). La diarrea, proveniente de infecciones helmínticas, es una enfermedad prevenible con la introducción de la vacuna contra el rotavirus, ya disponible en el mercado, pero todavía no

adoptada a gran escala en los países de la región. Las terapias de rehidratación oral siguen siendo importantes en el tratamiento de la diarrea. En cuanto a la meningitis, ya existe una vacuna disponible, pero también poco utilizada en la región. El manejo de la enfermedad de Chagas necesita profundizar en temas de gestión que pasan por la fumigación, la comunicación social y la participación de las comunidades en el control de la enfermedad. Lo mismo se aplica en relación a la tuberculosis, respecto de la cual el uso de estrategias de gestión y el tratamiento de casos directamente observados (DOTS) han probado su eficacia a nivel internacional. Asimismo, en el caso de la tuberculosis debe tomarse en cuenta que su expansión reciente se asocia, en algunos casos, a formas virales inmunorresistentes cuya incidencia ha aumentado con la propagación del sida.

Aunque en la última década la mortalidad infantil y la mortalidad materna han disminuido en la región, aún las cifras son elevadas entre los grupos más pobres de la población. El acceso a medios contraceptivos ha crecido y la fecundidad ha bajado, aumentando el espaciamiento del embarazo, incluso entre los grupos más pobres, sin embargo aún hay mucho que hacer para resolver problemas graves en los temas de salud reproductiva. Hay fuertes desigualdades en las tasas de atención al parto por personal especializado y visitas prenatales entre los más ricos y más pobres, y es imprescindible que se realicen inversiones estructurales en este campo. Muchos países han avanzado en el tema de los derechos reproductivos, y temas como el aborto han sido objeto de cambios positivos en la legislación en países importantes como Argentina y Brasil, pero en otros, como Nicaragua, ha habido retrocesos en la legislación, ya que recientemente se ha prohibido el aborto terapéutico.

Pese a la importancia de las enfermedades transmisibles y de temas materno-infantiles, el mayor problema que enfrenta la región en la actualidad es el incremento de factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas (ver secciones 1.1 y 1.2 del presente artículo). Entre estas enfermedades se encuentran las condiciones neuropsiquiátricas,²⁶ que representan el 18% de la carga total de enfermedades en ALC, las que exponen un peso mayor que en cualquier otra región en desarrollo. Aunque contribuyan con altas tasas de morbilidad, el peso directo de dichas condiciones en la mortalidad no es muy expresivo. La depresión unipolar es la causa que aparece como de mayor peso, representando entre el 21% y el 35% de la carga de enfermedad de hombres y mujeres. El alcoholismo, en particular entre los hombres, tiene un fuerte peso en la carga de enfermedad.

²⁶ Especialmente, depresión unipolar, depresión bipolar, esquizofrenia, epilepsia, alcoholismo, Alzheimer, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, drogadicción, estrés, enfermedad maniaco-obsesiva, enfermedad del pánico, problemas de sueño, migraña y retardación mental.

Las enfermedades neuropsiquiátricas representan un gran costo para los sistemas de salud en ALC y los modelos de intervención para estas enfermedades aún se basan en hospitales especializados, los que constituyen un alto costo en la internación de los pacientes y al mismo tiempo una baja efectividad, ya que los actuales modelos de intervención se basan en tratamientos ambulatorios, internaciones en episodios agudos y refuerzo de la asistencia domiciliar al paciente.

Las enfermedades cardiovasculares representan el 11% de la carga total de enfermedad en la región y contribuyen sustancialmente al perfil de morbilidad y mortalidad, representando cerca del 30% de las muertes anuales en la región (29% entre los hombres y 32% entre las mujeres). En este subgrupo, la isquemia del corazón y los accidentes cerebrovasculares son las causas más sobresalientes, representando más de dos tercios de esta carga de enfermedad.

Las enfermedades cardiovasculares presentan múltiples factores de riesgo, como el sedentarismo, el tabaquismo y dietas ricas en grasas y azúcares, responsables de la hipertensión arterial y la diabetes, consideradas como causas colaterales. Los factores de riesgo asociados a estas enfermedades están de sobremano estudiados en los países desarrollados, pero faltan más datos y evidencias en ALC. En general, ellas causan mortalidad y reducción precoz de la capacidad de trabajo en los individuos (en ALC se estima en 10 años antes de su ocurrencia promedio en países en desarrollo), generando altos costos sociales y económicos, y pérdidas de capital humano.

Los accidentes de tránsito respondieron por 88 mil muertes en ALC en 2001. Problemas como las condiciones de conservación de las vías públicas y carreteras, el estado de manutención de los vehículos automotores y otros medios de transporte, la educación y comportamiento de motoristas y peatones, y la inexistencia o mala aplicación de las regulaciones de tránsito, son los principales factores de riesgo responsables por la incidencia de accidentes de tránsito. Se estima que los costos totales de los accidentes de tránsito en ALC para los servicios de salud alcanzaron en 2001 US\$ 18,9 mil millones, lo que equivale a 1% del PIB regional (OMS 2004).

La región presenta la mayor carga de enfermedad por violencia a nivel mundial. En 2001, alrededor de 167 mil personas murieron por causas externas intencionales en ALC, pese a la heterogeneidad regional de su distribución. La mayoría de las muertes (77%) fue atribuida a violencia (homicidios), 18% a suicidios, y el restante a guerras y otras causas. La violencia es la primera causa de mortalidad masculina en ALC en el grupo de edad de 15 a 44 años. Los factores de riesgo asociados a la existencia de homicidios son de orden social e institucional. Desde el punto de vista social, la existencia de altos niveles de desigualdad contribuye al aumento de casos de homicidios y violencia, dada la existencia de correlación positiva entre la concentración del ingreso y las tasas

de homicidios por 100 mil habitantes en ALC durante la década de 1990 (Medici 2005a). Desde el punto de vista institucional, el desorden en los sistemas de justicia y de seguridad pública, la impunidad de la corrupción, la legitimación de movimientos sociales asociados a organizaciones criminales y su apoyo al financiamiento de campañas políticas, son factores de riesgo presentes en ALC y que contribuyen de gran manera a la mantención de altos niveles de violencia, tanto en las metrópolis como en las regiones rurales.

En el plano específico del papel regulador del Estado, es fundamental la mejoría en la región del desempeño de la función pública en temas como vigilancia de alimentos y medicamentos, y de la producción, uso y consumo de tecnología médica, los cuales son importantes factores de riesgo para la salud de las personas y para la eficiencia y sostenimiento del sistema.

La reducción de los factores de riesgo en salud está directamente asociada al rol del Ministerio de Salud en el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública. Si bien la mayoría de los riesgos identificados no dependen solamente de los órganos de salud, se requiere principalmente de un mayor esfuerzo de integración interinstitucional, a partir de una agenda de políticas públicas liderada por el Ministerio de Salud.

La definición y el cumplimiento de esta agenda deberían estar asociados a: (i) el fortalecimiento de las instituciones públicas que deben liderar el esfuerzo intersectorial de identificación de problemas prioritarios de salud y la obtención de los resultados sanitarios esperados en los países; (ii) el diseño y la implementación de políticas públicas y de programas de salud pública, con fuertes estrategias de comunicación y participación de los usuarios, y con la implementación de procesos que permitan el alcance de compromisos intersectoriales necesarios para lograr los resultados sanitarios acordados; y (iii) el fortalecimiento de las acciones de vigilancia sanitaria, promoción y prevención de salud que tradicionalmente se han mostrado como eficientes en el alcance de resultados de salud pública.

3.8. Gestión, capacitación y remuneración de recursos humanos

Los recursos humanos son la base de sustentación del sector salud, ya que consumen entre el 60% y el 90% del presupuesto sectorial. Para tornar eficiente este insumo, temas asociados a su formación, capacitación, gestión y utilización, son esenciales. Además, los nuevos desafíos planteados por la salud pública mundial, la necesidad de aumentar inversiones costo-efectivas y de buscar mayor equidad han sido algunos de los argumentos que llevan a los gobiernos y organismos internacionales a enfocar el tema de formación de recursos humanos.

Los países de América Latina, dada su heterogeneidad, viven situaciones muy dispares respecto del tema de recursos humanos. En general, la mayoría no presenta contextos crónicos de sobreoferta de profesionales. Por el contrario, hay problemas de escasez de personal calificado, sobre todo en enfermería y especialidades relacionadas con salud pública, atención primaria y temas de gestión de establecimientos de salud.

Los datos muestran que, en 2002, el número de médicos por 10 mil habitantes varió entre 59,6 en Cuba hasta 2,5 en Haití. La mayoría de la población se concentra en países con alta densidad de médicos por 10 mil habitantes, como es el caso de Argentina, Brasil y México, aunque existan considerables diferencias en la distribución interna de médicos en estos países. Si se considera el número de enfermeras en la región, se observa que las tasas por 10 mil habitantes también varían entre 1,1 (Haití) y 75,3 (Cuba). Mientras tanto, la mayoría de los países (en número, pero también en cantidad de población) se encuentra en una situación de baja densidad de enfermeras por habitante. Los únicos países de mediana y alta densidad son aquellos del Caribe inglés.

Como ocurre en cualquier actividad económica, la densidad de profesionales de salud –especialmente de aquellos de alta calificación, como los médicos y enfermeras– se encuentra asociada al nivel de ingreso per cápita de la sociedad, el cual podrá reflejarse en mayores gastos públicos, privados o personales en la compra de servicios de salud.

En ALC, los temas de recursos humanos han sido fuente de gran preocupación tanto a nivel de la sociedad como de los gobiernos de la región. Según los entrevistados en encuestas realizadas en conjunto con actores clave del sector salud en América Latina en 2004 (Medici 2005a), faltan recursos humanos capacitados para fortalecer las funciones esenciales de salud en la región.²⁷ Las principales preocupaciones de los especialistas, reveladas por estas encuestas son:

- i. La inadecuada composición de los equipos profesionales en las unidades de salud acaba generando sobreoferta de algunos profesionales y escasez de otros, como los profesionales de enfermería, técnicos y auxiliares más calificados.
- ii. Persisten altas tasas de rotación de profesionales en los cargos, dificultándose la retención de personal más calificado y la programación de estrategias de largo plazo.

²⁷ En la encuesta realizada por el BID junto a actores claves del sector salud, el tema de recursos humanos es la tercera prioridad de los entrevistados en cuanto a los cambios requeridos entre los sistemas de salud, situándose a continuación del fortalecimiento de la vigilancia de los sistemas de servicios públicos y privados, y de la creación de sistemas de monitoreo y evaluación.

- iii. La carencia de estrategias permanentes de capacitación, especialmente para actividades de atención primaria, esenciales para la reducción de los riesgos y el aumento de la efectividad en el sector.
- iv. La migración internacional de profesionales especializados (especialmente en los países del Caribe inglés, pero también en menor proporción en los demás) ha debilitado el sector.

Según la mayoría de las autoridades regionales de salud, las universidades públicas y privadas no producen profesionales de acuerdo a las necesidades de salud y la capacidad de absorción del mercado, pero responden a las presiones por alta especialización y a los requisitos de los productores de insumos y equipamientos. Los esfuerzos en negociar con las universidades reformas curriculares en las profesiones de salud han sido frustrados, debido a la autonomía de las universidades públicas y a la predominancia de las instituciones y colegios de profesionales en la definición de las mallas curriculares. Por otro lado, el sector público no ha tenido la capacidad de generar salarios competitivos y de orientar, a través de incentivos económicos adecuados, la definición de prioridades en la composición de los equipos profesionales de salud.

Otro tema asociado a los médicos es la baja calidad y adecuación de su formación frente a las necesidades de los países, expresadas en indicadores epidemiológicos y competencias técnicas y gerenciales para satisfacerlas. Los conceptos de atención primaria han sido poco difundidos en los currículos de los profesionales de salud, especialmente en los países caracterizados por una alta densidad de médicos como Argentina, Uruguay, México y Brasil. La formación sigue marcada por la excesiva especialización, que convive con la escasez de médicos para atender las especialidades básicas de salud, como pediatría, ginecología, obstetricia y clínica médica.

Además de estos problemas, la mezcla de profesionales en los equipos de salud no es la mejor y los gobiernos no han sido capaces de generar incentivos y formas de remuneración adecuadas para promover una mejor composición interna de los equipos de salud, así como cambios necesarios en los procesos de formación de personal calificado en el sector.

Cambiar la orientación de las escuelas de salud, especialmente en medicina, no es una tarea fácil. Requiere, además de inversiones en comunicación social, movilizar fuertes incentivos económicos. En los países de ALC, existían en 2004, por lo menos 284 escuelas de medicina y 377 de enfermería, sin contar las escuelas existentes en otras profesiones de salud y las de enseñanza profesional no universitaria. Cada año este número aumenta, sin que se cambie el modelo de ultraspecialización implantado en la mayoría de ellas.

Las escuelas de medicina atraen a los mejores profesionales, los cuales adquieren, luego de formarse, ambiciones por trabajar en los centros de alta tecnología y en los mercados especializados que mejor remuneran sus servicios. Las enfermedades de los pobres son costeadas con recursos públicos y remuneradas según padrones inferiores a los definidos por los mercados especializados que cuidan del perfil epidemiológico de los más ricos. Por lo tanto, no hay incentivos económicos suficientes para cambiar la educación médica si no se cambian previamente los incentivos y la remuneración para el tratamiento del perfil epidemiológico de los pobres.

Muchos países han solucionado los problemas de composición de los equipos profesionales redefiniendo funciones, jerarquizando la red de servicios, estableciendo sueldos mayores para regiones rurales o dispersas, evitando ceder a las presiones corporativas y promoviendo la desconcentración de los gremios profesionales. En los procesos de acreditación de establecimientos de salud se pasó a exigir, como elemento básico del puntaje, una composición adecuada entre profesionales y entre especialidades, valorizando los temas de atención primaria y enfermería. A estos profesionales se les paga sueldos mejores, lo que estimula a las universidades a orientar su atención hacia los nuevos requisitos del mercado.

El establecimiento de sistemas de certificación y recertificación profesional también ha actuado como medio para reorientar prioridades y calificaciones en el proceso de formación y actualización profesional en salud. Con esto se asegura la calidad de los recursos humanos y se definen parámetros comunes para la orientación de los protocolos de servicios de los profesionales de salud, de acuerdo con las regulaciones y estándares establecidos por los gobiernos o por las agendas técnicas en el sector.

En muchos países de ALC, especialmente en aquellos con menores barreras lingüísticas para insertarse en los mercados globales, las desigualdades entre los padrones de remuneración generan estímulos crecientes para la migración de profesionales de la salud hacia los países desarrollados. Es por este motivo que Haití, con 8,3 millones de habitantes, con una única escuela de medicina y dos de enfermería, sigue con 2,5 médicos y 1,1 enfermeras para cada 10 mil habitantes. Con las condiciones de trabajo y sueldos vigentes, buena parte de los profesionales egresados de las universidades busca oportunidades externas que les garanticen condiciones de remuneración compatibles con sus expectativas.

La migración de profesionales es una realidad cada vez más presente en la región y representa pérdidas de inversiones en educación superior que cuestan al tesoro público de los países latinoamericanos algunas decenas de miles de dólares por profesional egresado. En contrapartida, algunos argumentan que las remesas de recursos de los emigrantes a sus países de origen pueden generar

recursos considerables en divisas externas. Estas remesas podrían mitigar las pérdidas económicas, pero no compensan la interrupción del retorno en capital humano que estos profesionales generarían en el perfeccionamiento de la salud en sus países de origen.

Para mitigar estos problemas, muchos países de la región, especialmente en el Caribe, pasan a firmar acuerdos bilaterales para el establecimiento de políticas nacionales y regionales, además de incentivos para administrar y dar racionalidad al proceso de migración de trabajadores de salud, con miras a evitar pérdidas de recursos en capacitación, mejorar la mezcla de profesionales y estandarizar los parámetros de formación profesional

3.9. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y la participación ciudadana: una carretera de doble vía

El tema de la participación social en salud ha sido incluido en muchas de las agendas de reforma de los países de la región. Mientras tanto, su crecimiento como parte de estas agendas se ha restringido a instancias meramente formales, como los consejos de salud, las asociaciones de defensa del consumidor, la justicia de pequeñas causas, u otras. En los años más recientes, bajo la orientación de organizaciones no gubernamentales, la participación ciudadana empezó a insertarse a nivel más micro, en los consejos directivos de hospitales, de asociaciones que se organizan para la defensa de los derechos en torno de patologías específicas como sida, renales crónicos, salud reproductiva, mortalidad materna y otros. Esta forma de participación, aunque se desarrolle asimétricamente, aparenta conseguir mejores resultados.

El tema de la participación ciudadana en salud en ALC partió de un movimiento de arriba para abajo y ahora se plantea progresivamente de abajo hacia arriba, a través procesos que garantizan una mayor profundidad en la construcción concreta de los derechos en salud. Entidades participativas que se agregan alrededor de unidades de salud o de determinadas patologías, pasan a detentar mucha más información respecto del objeto en torno al cual organizan su participación, lo que les garantiza mayor efectividad en el resultado de su acción colectiva.

La eficacia de los procesos de participación tiene una relación directa con el grado de información logrado por la comunidad. En general, la información en salud es asimétrica y la participación de la comunidad sufre, ya sea por no conocer los reales determinantes de las acciones sobre las cuales participan, o por aceptar soluciones capitaneadas por grupos de interés que no corresponden a la naturaleza de los problemas por resolver. Por este motivo, muchas veces

el esfuerzo de participación comunitaria es capturado por estrategias políticas populistas, que utilizan la voz de la comunidad para fundamentar acciones que no son las mejores ni las que corresponden a los intereses de la comunidad.

Procesos consistentes de participación social deben basarse en la reducción de la asimetría de información en salud. Pero, como ha señalado Arrow en su clásico artículo sobre economía de salud de 1963, la reducción de la asimetría de información en salud, la cual lleva a irracionalidades en el consumo, gasto y eficiencia del sector, es uno de los temas más difíciles de solucionar.

El avance de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), especialmente a partir de la década de 1990, con la generalización de internet, ha permitido generar instrumentos que pueden reducir la asimetría de información entre los distintos actores que participan en el sistema.

Para los ciudadanos y usuarios, la producción y disponibilidad de guías clínicas electrónicas en internet genera informaciones que pueden aumentar la percepción diagnóstica respecto de los síntomas de las enfermedades y permite la mejor identificación de los especialistas a los cuales se debe consultar para solucionar los problemas de salud. También están disponibles rutinas de promoción y prevención de salud por edad, grupos de riesgo y patologías, lo que favorece el autocuidado y reduce la necesidad de visitas médicas.

Planes de salud como los de la empresa Kaiser Permanente, en la costa oeste de Estados Unidos, aumentan la disponibilidad de estas informaciones para sus pacientes y condicionan la autoprevención y el autocuidado al valor de las primas que los usuarios pagan por los servicios de salud. Dichas estrategias de responsabilidad compartida –basadas en la reducción de la asimetría de información– aumentan en sobremanera la expectativa y calidad de vida, y reducen los costos de los sistemas de salud, tanto para los proveedores como para los usuarios.

Para los aseguradores y proveedores de servicios, las TIC también proporcionan más información respecto de las características y necesidades de los usuarios a través de procesos como historia clínica electrónica, prescripción y recetas médicas electrónicas, registros de exámenes y costos asociados a pacientes. Permiten, de esta forma, una mayor racionalidad en el uso de los recursos de salud y en los procesos de entrega de servicios: a través del mapeo de errores médicos y rutinas más costosas proveen también los medios para mejorar los distintos servicios.

Procesos como la telemedicina facilitan la circulación de información, el análisis diagnóstico y la capacitación rápida y de bajo costo asociada a procesos clínicos, quirúrgicos y terapéuticos, entre profesionales e instituciones de salud, aumentando así la productividad, calidad y capacidad resolutoria de los servicios.

La velocidad de avance de estos procesos en las instituciones de salud latinoamericanas es mayor que la capacidad del Estado para regularlos y organizarlos, asimismo están reinventando progresivamente la entrega de los servicios, por lo menos en las áreas en donde el mercado de la salud avanza. El riesgo asociado a esto es el aumento de la brecha digital entre los segmentos que se benefician de las TIC en salud (en general, las clases medias y altas) y aquellos que siguen atados a instituciones de salud de baja calidad y productividad (en general, públicas o filantrópicas), en las que no hay incentivos para el uso de las TIC y donde la población beneficiaria en general tampoco está integrada por estos sistemas.

Algunas experiencias para solucionar estos problemas están siendo desarrolladas en comunidades pobres. Países como Chile, por ejemplo, han introducido programas de *alfabetización digital* que aumentan la capacidad de las comunidades pobres en el uso de las TIC a través de centros o kioscos comunitarios que disponen de computadores e instructores para el uso de internet, así como de herramientas básicas de computación, incluso para temas de acceso a los servicios públicos como los de salud (agenda electrónica de visitas médicas, entrega electrónica de recetas de medicamentos y otros).

En la actualidad, el tema de la participación ciudadana cambia su naturaleza y definición con el crecimiento del uso de las TIC. Las formas de participación se van incrementando por la carretera virtual, y el intercambio electrónico de información entre los individuos y los servicios pasa a ser no solamente una bondad para la reducción de la asimetría de información, sino un proceso esencial sin el cual no hay espacio para aumentar la eficiencia y la eficacia en la entrega de los servicios.

3.10. Globalización, mercados regionales y rol de las agencias de desarrollo

En el pasado, la teoría económica clasificaba los servicios como actividades no comercializables a nivel internacional. A diferencia de mercancías que podrían ser producidas en un país y exportadas a otro para ser allí consumidas, los servicios se consumían al momento de ser producidos, quedando geográficamente circunscritos a un determinado sitio y país. Con los servicios de salud pasaba lo mismo y por lo tanto era difícil concebirlos más allá de las fronteras nacionales.

En los últimos años, sin embargo, muchos factores han cambiado estas condiciones. Internet, la transmisión de datos, sonidos e imágenes a través de bandas satelitales, y la simultaneidad de las transacciones en los mercados financieros y de seguros propiciados por estas tecnologías, cambiaron el potencial

internacional de comercialización de los servicios en general y de los servicios de salud en particular. Con esto se generaron muchos mercados nuevos en salud. En el área de los servicios asistenciales destacan los análisis clínicos de exámenes de laboratorio o de imagen a distancia, y la asistencia a procedimientos de salud como consultas y visitas médicas, operaciones quirúrgicas, prescripciones de medicamentos u otras. En el área de los productos financieros y de seguros destacan los planes de salud con protección internacional, tanto los de tiempo indefinido como aquellos específicos vinculados al turismo o a viajes por un determinado período. En el ámbito de la formación y capacitación en salud se perfilan cursos virtuales o no presenciales para distintos niveles de profesionales.

Estos nuevos procesos, si por un lado pueden impulsar la globalización de los mercados en salud, por otro imponen desafíos a la integración de los mismos. El sector salud –después de una larga historia de localismo– es uno de los menos estandarizados internacionalmente. Cada país mantiene, según su cultura, costumbres, leyes y reglamentos, características propias en cuanto a sus percepciones respecto del proceso salud-enfermedad, perfiles profesionales, procesos de capacitación de recursos humanos, protocolos médicos, prescripciones y prácticas de calidad y calidez, así como en relación a la disponibilidad de pagar por parte de su población los servicios de salud, factores que llevan al establecimiento de barreras para la integración de mercados regionales y globales en el sector.

Pese a estos problemas, muchos gobiernos vislumbran el establecimiento de acuerdos regionales que permitan una mayor integración y estandarización en protocolos de servicios, perfiles de recursos humanos, calidad de los productos, procesos de gestión e instrumentos financieros. Temas como el de salud de las fronteras, tanto en lo que se refiere a la vigilancia sanitaria como al tratamiento de enfermedades, en particular las transmisibles, la migración internacional de trabajadores de salud, las ventajas comparativas asociadas a los costos de los procedimientos, la capacitación de recursos humanos por medio de internet, el vertiginoso crecimiento del turismo y la necesidad de un uso armónico internacional de protocolos para el tratamiento de enfermedades, poco a poco quiebran las barreras anteriormente mencionadas.

Muchos de estos procesos podrían agilizarse en las discusiones en áreas de integración comercial en América Latina, como MERCOSUR, Pacto Andino y otros, así como incrementar la relación comercial entre países, reduciendo los costos de salud en términos de las ventajas comparativas que se establezcan. Instituciones como la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA), por ejemplo, desarrollan en este momento estudios para la firma de protocolos comunes de los países amazónicos en temas de salud ambiental.

El crecimiento económico reciente y el esfuerzo de las economías regionales han disminuido el número de países en donde el apoyo financiero de las agencias internacionales y de los bancos multilaterales sigue siendo importante para el desarrollo en el sector salud, sea a través de créditos blandos, sea a través de donaciones. Solamente los países más pobres, limitándose a pocos casos en América del Sur, Centroamérica y el Caribe, seguirán dependiendo de recursos para la inversión sectorial directa en el financiamiento masivo de sus estrategias sectoriales. Además, tanto las inversiones como los costos recurrentes de los sistemas de salud han sido financiados casi íntegramente por los propios países desde mediados de la presente década.

Mientras tanto, las agencias de desarrollo internacional tienen un relevante papel en apoyar la integración de estos mercados, en sus distintas áreas, a través de la realización de estudios, diagnósticos y levantamientos de información que permitan identificar claramente las barreras y obstáculos para la integración, medir las ventajas comparativas, aclarar divergencias y dirimir dudas, así como asegurar que las propuestas que surjan de este proceso de integración sean ventajosas para todos.

Por otro lado, con la experiencia acumulada de muchos años en procesos de desarrollo del sector salud, no solamente en ALC, sino también en otras regiones, las agencias de desarrollo y bancos multilaterales son esenciales en los aspectos de asistencia técnica para la implementación de la agenda aquí formulada.

4. AGENDAS PARA DETERMINAR PRIORIDADES

Con tantas prioridades como las presentadas anteriormente, ¿cómo ser estratégico en su implementación? Esta es una pregunta difícil de responder, pero antes que todo es necesario tomar en cuenta el tema de la heterogeneidad regional, no solamente en lo que se refiere a los factores epidemiológicos y demográficos, sino también en lo referente a los determinantes sociales de la salud, a la estructura institucional del sector y a la economía política para la generación de cambios en salud.

A modo de ejemplo, los países más pobres de la región son aquellos que presentan una transición demográfica incipiente o moderada, con ingreso promedio bajo, una alta proporción de gasto del bolsillo y una baja cobertura de los sistemas públicos de salud o seguridad social. Estos países necesitan aumentar la cobertura de prestaciones costo-efectivas de atención primaria, incluyéndose la promoción, prevención y tratamiento, especialmente para los más pobres, garantizándose, asimismo, toda la cadena de cuidados para dichas prestaciones. Con altas proporciones de gastos del bolsillo, la población más pobre sufre en

forma constante la amenaza del empobrecimiento en función de *shocks* adversos de salud, y sus recursos son tan limitados como ineficaces son sus sistemas sanitarios. Para este grupo de países, las prioridades podrían ser definidas como:

- Sobre la base de diagnósticos de carga de enfermedad, definir un conjunto de prestaciones de salud garantizadas universalmente, a ser entregado a través de mecanismos de asistencia pública.
- Asegurar que la oferta de estas prestaciones por parte de gestores públicos o privados esté disponible en todas las regiones y planificar las inversiones necesarias para su entrega, así como las fuentes de financiamiento.
- Definir mecanismos de financiamiento de estas prestaciones basados en aseguramiento, con subsidios integrales para los más pobres y subsidios proporcionales a la capacidad de pago, de manera de eliminar los riesgos de los *shocks* de salud en todos los grupos de ingreso.
- Utilizar una mezcla de fondos fiscales, de las familias y de la seguridad social para el financiamiento del conjunto de las prestaciones garantizadas.
- Alinear los incentivos y estrategias de financiamiento de los servicios de salud entre los proveedores privados, públicos o comunitarios, a través de mecanismos de acreditación que garanticen calidad y eficiencia en la entrega de los servicios.
- Promover estrategias masivas de capacitación de profesionales a nivel postsecundario que permitan la entrega calificada y de bajo costo para la mayoría de los servicios de atención primaria de salud.
- Promover incentivos económicos (regionales o por especialidad) que reorienten la oferta y distribución de los profesionales de salud.
- Establecer mecanismos de remuneración y formas de pago que se orienten por resultados o por productividad, como los sistemas de capitación, el pago por grupos relacionados de diagnóstico u otros.
- Evaluar la implementación de estas prestaciones a través de un sistema de información, monitoreo y evaluación que permita dar seguimiento a los resultados.
- Asegurar el rol rector del Ministerio de Salud en todas las etapas del proceso de planificación, entrega de servicios, garantía de la calidad e integridad institucional, así como en la fiscalización y evaluación de los resultados.

La composición de las prioridades depende también de diagnósticos institucionales previos que permitan determinar el grado de alcance de las funciones previamente implementadas y de las áreas todavía no implementadas.

La debilidad institucional de los sistemas y organizaciones de salud en la región, pese a su heterogeneidad lleva a la necesidad de promover el desarrollo

de sistemas nacionales y locales de salud, alineados con las prioridades y los resultados sanitarios a alcanzar, según las preferencias de cada país, y organizados de manera de potenciar su efectividad, equidad, eficiencia, calidad, y a la reducción del carácter regresivo del financiamiento de los servicios, tanto en la obtención de los recursos como en la distribución de los beneficios.

Para cumplir estos objetivos serán necesarias estrategias de fortalecimiento institucional que persigan objetivos realistas consistentes con el grado de desarrollo logrado por cada país, alcanzables en un corto a mediano plazo, y que formen parte de un proceso permanente de mejoría del sistema de salud. Se debería precisar la regulación y generación de incentivos para la organización, gestión y prestación eficiente de los servicios de salud, corrigiendo las fallas de mercado y la asimetría de información entre usuarios y prestadores de servicios.

Dichas tareas son importantes, pero deben enfrentar el desafío de la racionalidad que en este momento se encuentra amenazada por propuestas que centralizan todas las funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios de salud en el Estado, lo que amenaza su eficiencia, equidad y sostenimiento futuro.

REFERENCIAS

- Arrow, Kenneth J. (1963). «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.» *American Economic Review* 53(5), 941-73.
- Avelino, G., and C. Biderman (2006). «Government in Managing Public Health Resources Among Brazilian Municipalities.» Mimeo. The World Bank.
- Baeza, C., and T. Packard (2006). *Beyond Survival: Protecting Households for Health Shocks*. Washington D.C.: The World Bank and Stanford Economics and Finance, Stanford University Press.
- Banco Mundial (1993). «Informe sobre el desarrollo mundial.» Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Chaquiel, J. (2004). «La dinámica demográfica en América Latina.» *Serie Población y Desarrollo* N° 52, Santiago, Celade.
- Cifuentes, M. (2000). *El proceso de reforma del sector salud en Chile*. En H. Sánchez y G. Zuleta. *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington D.C.: BID.
- Comisión Económica para la América Latina, CEPAL (2002). «Una década de desarrollo social en América Latina (1990-2002).» Santiago, Cepal.
- (2004). *Panorama social de América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL.
- Donabedian, A. (1966). «Evaluating the Quality of Medical Care.» *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44, 166-206.
- (1985). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press.

- Frenk, J., E. Gonzalez, O. Gomez, M. Lezana y F. Marie. (2007). «Reforma integral para mejorar el desempeño del sector salud en México.» *Revista de Salud Pública*, Vol. 49, N° 1, 23-36.
- La Forgia, G., and B. Coutelenc (2008). *Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence*. Washington D.C.: The World Bank.
- Levy, S. (2008). *Good Intentions, Bad Outcomes: Social Policy, Informality, and Economic Growth in Mexico*. Washington D.C.: The Brookings Institution.
- Londoño, J. L. y J. Frenk (1997). «Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina.» En J. Frenk (ed.). *Observatorio de salud*. México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- Maceira, D. (2007). «Actores y reformas en salud en América Latina y el Caribe.» Nota Técnica de Salud No. 1, marzo del 2007, Ed. IDB, Washington. (<http://www.iadb.org/sds/doc/MaceiraActoresReformas-FINAL.pdf>).
- Medici, A. (2000). «Las reformas de salud en América Latina y el Caribe.» En H. Sánchez y G. Zuleta. *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington D.C.: BID.
- (2002). *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*. Washington D.C.: BID.
- (2003). «Family Spending on Health in Brazil: Some Indirect Evidence of the Regressive Nature of Public Expending in Health.» SDS Technical Paper Series (SOC-129). (<http://www.iadb.org/sds/doc/SOC129.pdf>).
- (2005a). «Las condiciones de salud en América Latina y el Caribe: diagnóstico para una estrategia regional de salud.» Documento preparado para el Banco Interamericano de Desarrollo, Washington D.C.
- (2005b) «Financiamento público e privado em saúde na América Latina: uma breve análise dos anos noventa.» Nota Técnica SDS/SOC, N° 03-2005, julho. Banco Inter Americano de Desenvolvimento, Washington (DC). (http://www.braudel.org.br/eventos/conferencias/2005/Medici_paper.pdf).
- Nigenda, G. (2005). «El Seguro Popular de Salud en México: desarrollo y retos para el futuro.» Nota Técnica de Salud N° 2. Washington D.C., BID. (<http://www.iadb.org/sds/doc/SOCSeguroPopularSalud.pdf>).
- Organización Mundial de Salud, OMS (2004), «Informe Mundial sobre Prevención de los Traumatismos Causados por el Tránsito.» Ginebra, OMS.
- Organización Mundial de Salud (OMS), Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2007). «Lograr equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos: Declaración provisional.» Ginebra, OMS. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf).
- Pan American Health Organization, PAHO (2001). «Investing in Health: Social and Economic Returns.» Scientific and Technical Publication N° 582. Washington D.C., PAHO.
- (2007). *Basic Indicators 2007*. Washington D.C.: PAHO.
- Perry, G., and W. Maloney (2007). «Informality: Exit and Exclusion.» World Bank Latin American and Caribbean Studies, The World Bank. (http://siteresources.worldbank.org/INTLAC/Resources/LAC_Flagship_Cover_English.pdf).
- Sánchez, H. y G. Zuleta, eds. (2000). *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington D.C.: BID.

- Savedoff, W. (1999). «Reaching the Poor Through Demand Subsidies: The Colombian Health Reform». Soc Technical Notes, IDB. (<http://www.iadb.org/sds/doc/HealthReformCO.pdf>).
- Scavino, J. (2004) «El funcionamiento de los intereses corporativos en la economía política de la salud: una aproximación a partir de la conflictividad en el sector salud en la región de las Américas.» Trabajo comisionado por el BID para integrar los estudios preparatorios de la Estrategia de Salud.
- Transparencia Internacional y Banco Interamericano de Desarrollo (2007). *Informe Global de la Corrupción 2006. Corrupción y salud*. Washington D.C.: BID.
- United Nations Development Program, UNDP (2008). «Human Development Report.» New York: United Nations.
- Yadón, Z., R. Gürtler, F. Tobar y A. Medici (2006). *Descentralización y gestión del control de las enfermedades transmisibles en América Latina*. Buenos Aires: OPS.